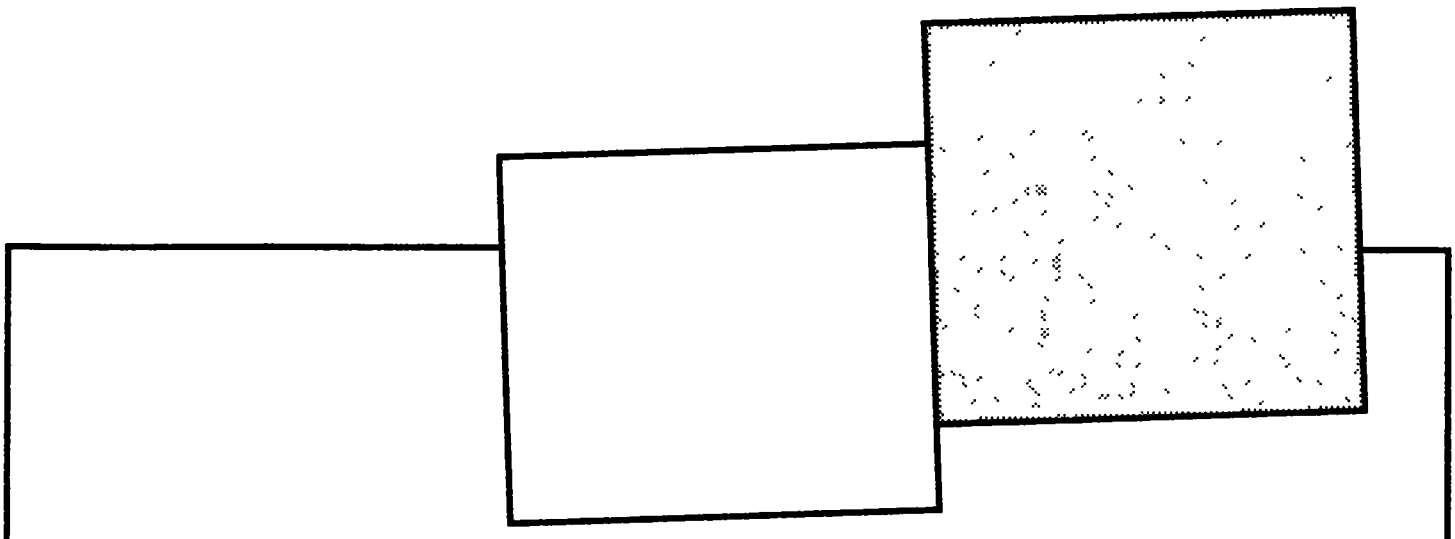
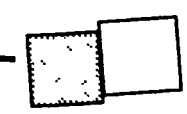
VISIT…

Мишель Фуко



РОЖДЕНИЕ КЛИНИКИ



МОСКВА
АКАДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ
2010

УДК 159.9
ББК 88
Ф94

Перевод с французского, научная редакция и предисловие доктора психологических наук *А.Ш. Тхостова*

Фуко М.

Ф94 Рождение клиники / Пер. с фр. А.Ш. Тхостова. — М.: Академический Проект, 2010. — 252 с. — (Психологические технологии).

ISBN 978-5-8291-1247-9

Предпринимаемое здесь исследование содержит смелый замысел — быть одновременно и историческим и критическим в той мере, в которой идет речь об установлении условий возможности медицинского опыта в том виде, в котором его знает современная эпоха.

Эта книга написана не в пользу одной медицины против другой, тем более не против медицины и за отказ от нее. Речь идет об исследовании, пытающемся вычленить из дискурса исторические условия.

В том, что говорится людьми, учитывается не только то, что они могли бы думать о вещах, но и то, что с самого начала приводит их в систему, делая в последующем бесконечно открытыми новым дискурсам и задачам их трансформации...

Книга будет интересна психологам, психотерапевтам, философам, историкам, социологам и культурологам не только тематически, но и как образец блестящего гуманитарного исследования.

УДК 159.9
ББК 88

© Presses Universitaires de France. Paris, 1963
© Тхостов А.Ш., перевод, предисл., 1998
© Оригинал-макет, оформление. Академический Проект, 2010

ISBN 978-5-8291-1247-9

ВЛАСТЬ, БОЛЕЗНЬ, СМЕРТЬ

Именно эти темы занимают центральное место в творчестве одного из крупнейших французских философов XX века Мишеля Фуко. На вопрос почему, можно попытаться ответить различными способами. Например, психоаналитик, занимающийся археологией индивидуального сознания, мог бы обнаружить множество фактов личной биографии Фуко, которые достаточно убедительно позволили бы найти причину столь устойчивого, если не сказать навязчивого интереса.

Мишель Фуко родился в 1926 году в провинциальной буржуазной семье на юге Франции. Семейные традиции как бы предполагали вполне четкую траекторию жизненного пути: сыну и внуку врача надлежало продолжить дело его предков. Но бунт начался весьма рано, и, может быть, не последней его причиной была ненависть, которую Мишель Фуко, по его словам, испытывал к отцу. Он пытался отличаться от него во всем: начиная с отказа от своего первого традиционного в семье имени до выбора профессии. Но, как можно видеть, несмотря на этот бунт (или, может быть, именно благодаря ему), он постоянно, но уже на совсем иных основаниях возвращается к теме медицины: от первой книги — «Психическая болезнь и личность» до последней — «Истории сексуальности». Причем в своих книгах Фуко как бы становится кем-то большим, чем врач, пытаясь осмыслить не конкретную медицинскую специальность, а вообще феномен медицины, как, например, в предлагаемом читателю «Рождении клиники».

Можно найти причины такого интереса и в более поздних биографических фактах: частых депрессиях, попытке самоубийства, гомосексуальности, личном знакомстве с психиатрической практикой. Во всяком случае, этот интерес подтверждается и тем, что после получения в 1948 году

степени лиценциата по философии он получает диплом по психологии и психопатологии и достаточно долго преподает клиническую психологию. Интерес к медицине, и в особенности психиатрии, возникает у него довольно рано, во время обучения в Эколь Нормаль — самом элитарном гуманитарном учебном заведении Франции, где выпускникам даже не дают диплома, но они всю жизнь с гордостью называют себя ее «бывшими учениками».

Но поскольку психоаналитическое лечение самого Мишеля Фуко продолжалось не больше месяца, а сам он хотя и с уважением, но все же достаточно скептически относился ко многим теоретическим построениям психоанализа и стремлению понять жизнь исходя из весьма ограниченного набора аксиом, постоянный интерес к медицине можно объяснить и тем, что темы болезни и смерти оказались для него довольно прочно связанными с центральной темой его творчества — темой «знания-власти». Именно болезнь и смерть как зоны безусловной власти (в самых различных смыслах) оказались излюбленной моделью, на которой он с присущим ему блеском демонстрировал сложную структуру простых на первый взгляд вещей и то, что дискурс о смерти и болезни — на самом деле дискурс об онтологических основаниях субъекта и жизни.

Писать предисловие к работам Мишеля Фуко совершенно неблагодарная задача: он сам с большим сарказмом в начале «Рождения клиники» говорит о претензии комментатора открыть в оригинальном тексте больше, чем в нем написано, как бы предполагая у себя некий кладезь означаемых, который автор по невнимательности или недомыслию не заметил сам; о претензии сказать то, что автор недоговорил или не понял.

Поэтому лучше ограничить желание добавить что-то к тексту самого Фуко, только подчеркнув определенную нетрадиционность для отечественного читателя предлагаемого подхода к пониманию того, что такое медицина и ее очень специфическая часть, называемая клиникой, и то, каким парадоксальным образом мы оказались в ситуации, когда неожиданно стала «ощутимой» связь деструкции медицины и деструкции (или деконструкции) власти.

И еще, может быть, несколько слов с точки зрения переводчика. Перевод такого не самого легко понятного ав-

тора, как Мишель Фуко, требовал постоянного соблюдения равновесия между точностью и понятностью (без которой точность в переводе невозможна) русского варианта текста. И хотя я постоянно пытался соответствовать обоим требованиям, при невозможности соблюдения равновесия выбирал первое.

Оправдываясь перед читателем за написанное предисловие, я могу лишь повторить обращенные к предполагаемому читателю слова самого Мишеля Фуко в предисловии к повторному изданию «Истории безумия в классическую эпоху»:

— Но ведь вы только что написали предисловие.

— По крайней мере оно короткое.

Доктор психологических наук
А.Ш. Тхостов

ВВЕДЕНИЕ

В этой книге идет речь о проблеме пространства, языка и смерти, проблеме взгляда.

В середине XVIII века Помм лечил и вылечил больную истерией, заставляя ее принимать «ванны от 10 до 12 часов в день в течение целых 10 месяцев». К концу этого лечения, направленного против высушивания нервной системы и поддерживавшего его жара, Помм увидел пленчатые участки, похожие на «куски мокрого пергамента... почти безболезненно отделявшиеся и ежедневно выходившие с мочой». Поверхность уретры в свою очередь отслаивалась справа, выходя этим же путем. То же самое происходило с «кишечником, внутреннюю оболочку которого, отслоившуюся в другое время, мы видели выходящей из прямой кишки. Поверхность пищевода, трахеи, языка в свою очередь тоже отслаивалась, и различные куски удалялись из тела больной либо со рвотой, либо с отхаркиванием»[1].

А вот как менее чем 100 лет спустя врачом отмечается анатомическое повреждение мозга и его оболочек: речь идет о «ложных мембранах», которые часто находят у больных, пораженных «хроническим менингитом»: «Их внешняя поверхность, наложенная на паутинный листок твердой оболочки, прирастает к этому листку то очень слабо, так что их легко можно разделить, то очень плотно и тесно, и в этом случае они разделяются с трудом. Их внутренняя поверхность — единственное, что соприкасается с паутинной оболочкой, с которой они никак иначе не соединены... Ложные мембраны часто прозрачны, особенно если очень тонки; но обычно они белесоватого, сероватого, красноватого и, реже, желтоватого, коричневатого или

---

[1] P. Pomme, *Traité des affections vaporeuses des de sexes* (Lyon, 1769), t. I, p. 60–65. (Текст сносок приведен в авторском написании. — *Примеч. перев.*)

черноватого цвета. Эта субстанция часто имеет различные оттенки в разных частях одной и той же мембраны. Плотность этих случайных образований сильно варьирует; иногда они столь тонки, что их можно сравнить с паутиной... Строение ложных мембран столь же различно: тонкие, похожие на налет, напоминают белковую оболочку яйца, не имея отчетливой структуры. Другие же на одной из своих поверхностей несут перекрещивающиеся в различных направлениях следы кровеносных сосудов и наполнены кровью. Они часто наслаиваются друг на друга, между ними довольно регулярно встречаются более или менее обесцвеченные сгустки крови»[1].

Между текстом Помма, доводящим до логического конца старые мифы о нервной патологии, и текстом Байля, описавшим во время, к которому мы все еще принадлежим, мозговое поражение при общем параличе, различие и ничтожно и тотально. Тотально для нас, так как каждое слово Байля в его качественной точности направляет наш взгляд в мир с постоянной возможностью наблюдения, тогда как предыдущий текст говорит нам о фантазмах языком, не имеющим перцептивной поддержки. Но какой фундаментальный опыт может установить столь очевидное различие, по эту сторону от нашей уверенности, где она рождается и себя обосновывает? Кто может нам подтвердить, что врач XVIII века не видел того, что он видел, и что оказалось достаточно нескольких десятков лет, чтобы фантастические образы рассеялись и освобожденное пространство позволило узреть истинное положение вещей?

Не было ни «психоанализа» медицинского знания, ни более или менее спонтанного прорыва воображаемых загрузок[2]; «позитивная медицина» — это не та медицина, что сделала «объектно ориентированный» выбор, направленный наконец на саму объективность. Все возможности воображаемого пространства, в котором происходило общение врачей, физиологов и практиков (натяжение или искривление нервов, сухой жар, затвердевшие или воспален-

[1] A.L.J. Bayle, *Nouvelle doctrine des maladies mentales* (Paris, 1825), p. 23–24.

[2] Investissment (фр.) — вложение, загрузка. М. Фуко использует психоаналитический термин, объясняющий переход энергии либидо на объект представления, часть тела и пр. (*Примеч. перев.*)

ные органы, новое рождение тела в благоприятных условиях свежести или влаги), не исчезли, а скорее были перемещены или ограничены особенностями больного, областью «субъективных симптомов», определявшейся для врача уже не как способ познания, но как мир объектов познания. Фантастическая связь знания и страдания, далекая от того, чтобы быть разорванной, обеспечивалась более сложным образом, чем просто воображением: наличие болезни в теле, его напряжение, жар, тайный мир внутренних органов. Вся темная изнанка тела, что ткалась в долгих, непроверяемых глазом фантазиях, разом оказалась оспоренной в своей объективности редукционистским дискурсом врача и стала рассматриваться его позитивным взглядом как объект. Образы боли были превращены не в нейтральное знание, но перераспределены в пространстве, где встречались тела и взгляды. То, что изменилось, — это скрытая конфигурация, в которой язык опирается на соотношение ситуации или положение между тем, кто говорит, и тем, о чем говорят.

Что касается самого языка, то с какого-то момента по некой семантической и синтаксической модификации можно установить изменение его роли в рациональном дискурсе. Какова окончательная черта, проведенная наконец между описанием мембраны как «мокрого пергамента» и другим, не менее качественным и метафорическим описанием, видящим ее располагающейся на поверхности мозга как белковую пленку яйца? Обладают ли «беловатые» и «красноватые» листочки Байля другой ценностью, более существенной надежностью и объективностью для научного дискурса, чем затвердевшие пластинки, описанные медиками XVIII века? Взгляд чуть более педантичный, словесное описание чуть более медленное, больше опирающееся на вещи с тонко нюансированными и иногда менее туманными эпитетами, — не есть ли это простое развитие стиля медицинского языка, который, начиная с галеновской медицины, использовался перед лицом неразличимости вещей, их форм и неделимости их качеств?

Чтобы постигнуть момент речевой мутации, необходимо, конечно же, обратиться не к его тематическому содержанию или логическому строению, но к той сфере, где «слова» и «вещи» еще не разделены, способы видения и высказывания слиты на языковом уровне. Нужно задаться

вопросом об исходном распределении видимого и невидимого в той мере, в какой оно связано или разделено с тем, что себя выражает, и тем, что молчит: итак, артикуляция медицинского языка и его объекта появляется как цельная фигура. Но не в смысле первенства, о котором ставятся лишь ретроспективные вопросы и единственная заслуга которого состоит в том, чтобы однажды приблизить к умышленно безразличной речевой структуре восприятия это *полное полостей* пространство, от которого язык получает объем и размерность. Следует установить и раз и навсегда сохранить фундаментальный уровень *пространственного распределения* и *оречевления* патологии, где рождается и сосредоточивается словоохотливый взгляд, устремленный врачом в ядовитую сердцевину вещей.

Современная медицина считает датой своего рождения последние годы XVIII века. Размышляя о себе, она находит истоки своей позитивности в удалении от всякой теории, к эффективной непритязательности восприятия. На самом деле, этот предполагаемый эмпиризм держится не на вновь открытой абсолютной ценности видимого, не на полном отказе от систем и их химер, но на реорганизации этого явного и тайного пространства, которое было открыто, когда тысячный взгляд остановился на страдании людей. Обновление медицинского восприятия, освежение оттенков и вещей под взглядом первых клиницистов — все же не миф. В начале XIX века медики описали то, что в течение веков оставалось за порогом видимого и высказанного, но не потому, что они начали воспринимать после того, как долго рассуждали, или начали слушать аргументы более сильные, чем воображение, а потому, что связь видимого и невидимого, необходимая для любого конкретного знания, изменила структуру и заставила проявиться во взгляде и в языке то, что было и по ту, и по другую ее сторону.

Между словами и вещами установилась новая связь, заставляющая *видеть* и *говорить*, причем иногда в рассуждении реально настолько «наивном», что оно казалось расположенным на более архаичном уровне рациональности, как если бы речь шла о возвращении к куда более ранним взглядам.

В 1764 году Ж.Ф. Меккель хотел изучить изменения мозга при некоторых заболеваниях (апоплексия, мания, тубер-

кулез). Он использовал рациональный метод взвешивания равных объемов и их сравнения для того, чтобы установить, при каких болезнях какие участки мозга высушены, какие — засорены. Современная медицина почти совсем не помнит об этих исследованиях. Для нас «позитивная» патология мозга начинается с Биша и в особенности с Рекамье и Лалле-манда, использовавших знаменитый «молоточек, оканчивающийся широкой и тонкой поверхностью. От небольших ударов по заполненному черепу не может последовать колебаний, способных произвести разрушения. Лучше начинать с задней части, так как тогда окципитальная останется единственной, которую нужно разбить, она часто настолько подвижна, что удары оказываются неверными... У очень маленьких детей кости слишком мягки, чтобы их можно было разбить, слишком тонки, чтобы распиливать. Их нужно разрезать прочными ножницами»[1]. Итак, итог работы: под кропотливо расколотой скорлупой появляется мягкая серовато-тая масса, покрытая липкой, в прожилках крови, оболочкой, печальная, бренная мякоть, откуда сияет наконец освобожденный, вынесенный на свет объект познания. Ремесленная ловкость дробителей черепов заменила научную точность весов, и тем не менее именно после Биша наша наука опознает себя; точный, но неразмеренный жест, который открывает взгляду полноту конкретных вещей, с мелкой сетью их качеств, основывая для нас объективность более научную, чем инструментально опосредованное количество. Формы медицинской рациональности углубляются в великолепную плотность восприятия, предлагая в качестве первого проявления истины крупицы вещей, их цвет, их пятна, их жесткость, их связь. Пространство опыта стало идентифицироваться с областью внимательного взгляда, с эмпирической бдительностью, открытой с очевидностью лишь для видимого содержания. Глаз стал хранителем и источником ясности, располагая властью заставить выйти на свет истину, которую он принимал лишь в той мере, в какой она была освещена; открываясь сам, он открывает истину первого открытия: перелом, которым отмечен, начиная с мира классической ясности, переход от Просвещения к XIX веку.

[1] F. Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale* (Paris, 1820), Introd., p. VII, note.

Для Декарта и Мальбранша видеть значило воспринимать (вплоть до самых конкретных форм опыта: практическая анатомия у Декарта, наблюдение под микроскопом у Мальбранша). Но речь шла о том, чтобы, не отделяя восприятие от его чувствительного аппарата, обеспечить прозрачность мыслительному отражению: свет, предшествующий любому взгляду, был идеальным элементом, неопределенным исходным пунктом, где вещи соответствовали своему содержанию и форме, благодаря чему воссоединялись со светом посредством телесной геометрии. К концу XVIII века видеть значило оставить в опыте самую большую телесную непрозрачность: внутреннюю твердость, неясность, плотность скрытых вещей, располагающих возможностями истинности, заимствованными не у света, а у медлительности взгляда, их воспринимающего, огибающего, понемногу в них проникающего и привносящего лишь собственную ясность. Пребывание истины в темной сердцевине вещей парадоксально связано с этой суверенной возможностью взгляда, освещающего их тьму. Весь свет передавался со стороны тонкого светоча глаза, обращающегося теперь вокруг объемов и говорящего попутно об их месте и их форме. Рациональный дискурс меньше опирается на геометрию света, чем на сопротивляющуюся непроходимую плотность объекта: в своем предуготовленном к полному знанию темном присутствии он задает источники, область и границы опыта. Взгляд пассивно связан с этой первичной наивностью, обрекающей его на бесконечную задачу осмотра и овладения. Он принадлежит этому языку вещей и только ему одному позволяет индивидуальное знание, которое не должно быть лишь историческим или эстетическим. Теперь разрешающая способность индивида будет бесконечной работой, но более не препятствием для опыта, который, принимая свои собственные ограничения, продолжает свою задачу в бесконечности.

Особое качество, неосязаемый цвет, уникальная и преходящая форма, приобретая свой статус объекта, получают его вес и прочность; никакой свет не сможет более их разложить в идеальной истине, но взгляд раз за разом их оживляет и придает им ценность в глубине объективности. Взгляд — более не то, что снижает, но то, что создает инди-

вида в его неустранимом качестве и делает возможным создание вокруг него рационального языка. *Объект* дискурса может также стать *субъектом* без того, чтобы образы объективности были изменчивыми. Эта *формальная* реорганизация на *самом деле* есть нечто большее, чем отказ от теории и старых систем, открывающий возможность *клинического опыта*; она снимает старый аристотелевский запрет: на индивида можно, наконец, распространить структуру научного рассуждения.

Этот переход к индивиду наши современники видят в установлении «сингулярного обсуждения» и формы наиболее сжатой формулировки старого медицинского гуманизма, столь же старого, как человеческая жалость. Безмозглая феноменология понимания примешивает к этой плохо связанной идее песок ее концептуальной пустыни; слабо эротизированный словарь «встречи» и пары «врач–больной» простирается к желанию общения в той же мере, насколько недомыслие бледных возможностей — к матримониальной задумчивости. Клинический опыт — это первое в западной истории открытие конкретного индивида на языке рациональности, это грандиозное событие в отношении человека к самому себе, а языка к вещам — был быстро переведен в простое, неконцептуальное столкновение взгляда и немого тела, в нечто вроде контакта, первичного по отношению к любому рассуждению, свободного от всех языковых затруднений, в котором два индивида помещались в общую, но не взаимообращаемую ситуацию. В своих последних потрясениях так называемая свободная медицина взывает в свою очередь к благосклонности открытого рынка, к старым правам клиники, понятым как своеобразный контракт и молчаливый пакт, передаваемый человеком человеку. С этой точки зрения пациенту предоставляется возможность присоединения в разумной мере — не слишком много и не слишком мало — к общей форме научного протокола. «Чтобы иметь возможность предложить каждому из наших больных наилучшим образом приспособленное к его болезни и к нему самому лечение, мы стараемся подобрать к его случаю объективную и завершенную идею, мы собираем его личное досье (его „наблюдение“), всю совокупность сведений, которыми мы о нем располагаем. Мы „наблюдаем

его" точно так же, как мы наблюдаем за звездами или лабораторным опытом»[1].

Чудеса совсем не так уж просты: изменение, которое позволило и которое все еще позволяет «постели» больного становиться полем исследования и научного дискурса, — не неожиданно воспламеняющаяся смесь старых привычек и древней логики или знания со странным чувственным соединением «такта», «взгляда» и «чутья». Медицина как клиническая наука появилась в точно определенных условиях, с ее историческими возможностями, областью собственного опыта и структурой своей рациональности. Они формируют конкретное *a priori*, которое можно теперь сделать очевидным, может быть, потому, что рождается новый опыт болезни, предлагающий тому, что ранее отвергалось, возможность исторического или критического решения.

Но для обоснования дискурса о рождении клиники необходим обходной маневр. Согласен, это странный дискурс, так как он не может опереться ни на современное сознание клиницистов, ни на повторение того, что они когда-то могли сказать.

Весьма возможно, что мы принадлежим к критической эпохе отсутствия основополагающей философии, о котором нам напоминает в каждый момент господство и неизбежность: эпохе разума, которая непоправимо отделила нас от обычного языка. Для Канта возможность критики и ее необходимость были связаны через некоторое научное содержание — вплоть до факта существования познания. Они были связаны до наших дней — и Ницше-филолог о том свидетельствует — самим фактом того, что существует язык и что в речах, бесчисленно произнесенных людьми, — будь они разумными и бессмысленными, демонстративными или поэтическими — смысл облекается в форму, отклоняющую нас, руководя нашим ослеплением, но ждет в темноте наше сознание, чтобы проявиться и начать говорить. Мы исторически обречены на историю, на терпеливое конструирование дискурса над дискурсом, на задачу слушать то, что уже было сказано.

Настолько ли фатально, что мы не знаем иного способа речи, нежели комментарий? Последний, по правде говоря,

[1] J.-Ch. Sournia, *Logique et morale du diagnostic* (Paris, 1962), p. 19.

вопрошает дискурс о том, что говорится или о чем хотели бы сказать; он старается породить это второе дно речи, где она обретает идентичность с самой собой, которую он и расценивает как наиболее близкую к истине; речь идет о том, что, объявляя то, что было сказано, пересказать то, чего никогда не было произнесено. В этой деятельности комментирования, старающейся перевести сжатое, древнее и молчаливое в самом себе рассуждение в другое, более многословное и архаичное и, одновременно, более современное, скрывается странное отношение к языку: комментировать — значит признавать, по определению, избыток означаемых над означающими, неизбежно несформулированный остаток мысли, который язык оставляет во тьме, остаток, составляющий саму суть, выталкивающую наружу свой секрет. Но комментировать также предполагает, что это невысказанное спит в речи и что благодаря избыточности, присущей означающему, можно, вопрошая, заставить говорить содержание, которое отчетливо не было означено. Эта двойная избыточность, открывая возможность комментария, обрекает нас на бесконечную, ничем не ограниченную задачу: всегда есть дремлющие означаемые, которым нужно дать слово; что же касается означающих — они всегда предлагают изобилие, вопрошающее против нашей воли о том, что оно «хочет сказать». Означающее и означаемое получают также существенную автономию, которая обеспечивает каждому по отдельности сокровище возможного означения. В пределе одно могло бы существовать без другого и начать говорить о себе самом: комментарий располагается в этом мнимом пространстве. Но в то же время он измышляет между ними сложную связь, чуть ли не неясную ткань, которая вводит в игру поэтические оттенки выражения: означающее не может «переводить», не пряча и не оставляя означаемое в неисчерпаемом запасе; означаемое обнаруживается лишь в видимом и тяжелом означающем, нагруженном им самим смыслом, которым оно не владеет. Комментарий покоится на постулате, что речь — это акт «перевода», что она имеет опасную привилегию показывать изображения, скрывая их, и что она может бесконечно подменяться ею же самой в открытой серии дискурсивных повторов; короче, он покоится на интерпретации языка, несущего отчетливую печать своего исто-

рического происхождения: Экзегет, который слушает через запреты, символы, чувственные образы, через весь аппарат Откровения Слово Божье, всегда тайное, всегда по другую сторону его самого. Мы многие годы комментируем язык нашей культуры точно с того места, где мы тщетно слушали в течение веков решения Слова.

Традиционно, говорить о мысли других, пытаться высказать то, что они сказали, — это значит анализировать означаемое. Но необходимо ли, чтобы высказанное в другом месте и другими трактовалось исключительно сообразно игре означаемых и означающих? Разве невозможно анализировать дискурсы, не поддаваясь фатальности комментария, не измышляя никакого остатка, никакого избытка в том, что было сказано, но лишь основываясь на факте их исторического появления? Нужно было бы в таком случае трактовать данные дискурса не как автономные ядра множественных означений, но как события и функциональные сегменты, постепенно формирующие систему. Смысл высказывания определялся бы не сокровищем содержащихся в нем намерений, обнаруживаемых и одновременно скрываемых, но разницей, которая его артикулирует в других реальных и возможных современных ему высказываниях или в тех, которым он оппонирует в линейной временной последовательности. Вот тогда появилась бы систематическая история дискурсов.

До настоящего времени история идеи знает лишь два метода. Один, эстетический — это метод аналогии, которой следуют пути распространения во времени (генезис, родство, сходство, влияние) или по поверхности исторически определенного пространства (дух эпохи, ее Weltanschauung[1], ее основные категории, социокультурная организация). Другой, психологический — это метод отрицания содержания (тот или иной век не был настолько рационалистическим или иррационалистическим, как об этом говорили или как в это верили), с помощью которого устанавливается и развивается нечто вроде «психоанализа» идей, конечная точка которого абсолютно правомерно обратима — ядро ядра всегда есть своя противоположность.

[1] Мировоззрение (нем. — *Примеч. перев.*).

Хотелось бы попытаться проанализировать здесь один тип дискурса по поводу медицинского опыта в эпоху до великих открытий XIX века, когда он в меньшей степени изменил свой материал, нежели свою систематику. Клиника — это одновременно и новый срез вещей, и принцип их артикуляции в языке, где у нас есть обычай принимать его (язык) за «позитивную науку».

Тому, кто захотел бы составить тематическую опись, идея клиники показалась бы, без сомнения, нагруженной достаточно туманными оттенками; в них расшифровывались бы, возможно, такие бесцветные фигуры, как особое действие болезни на больного, разнообразие индивидуальных темпераментов, вероятность патологической эволюции, необходимость бдительного восприятия минимальных видимых особенностей, эмпирическая, накопленная и бесконечно открытая форма медицинского знания, — столько старых понятий, столь долгое время использовавшихся и составлявших, без сомнения, обеспечение греческой медицины. Ничто в этом древнем арсенале не может ясно обрисовать того, что произошло при переходе к XVIII веку, когда переигрывание древней темы клиники «произвело», если верить поспешным выводам, существенную мутацию медицинского знания. Но рассмотренная в своей целостности клиника появляется как новое состояние (для опыта врача) осязаемого и излагаемого: новое распределение дискретных элементов телесного пространства (изоляция, например, плоской двумерной *ткани*, противопоставляющейся массе действующего органа и образующей парадокс «внутренней поверхности»), реорганизация элементов, образующих патологический феномен (грамматика знаков заменила ботанику симптомов), определение линейных серий болезненных событий (в противоположность запутанному клубку нозологических видов), артикулирование болезни в терминах организма (исчезновение общих заболеваний, группировавших симптомы в логическую фигуру к выгоде идеи *status localis*, размещавшей бытие болезни с ее причинами и результатами в трехмерном пространстве). Появление клиники как исторического факта должно быть удостоверено системой этих реорганизаций. Эта новая структура отмечается, но, конечно, не исчерпывается мелким и решительным изменением, замещающим вопрос «Что с

Вами?», с которого начинался в XVIII веке диалог врача и больного с его собственной грамматикой и стилем, другим, в котором мы узнаем игру клиники и принцип всего дискурса: «Где у Вас болит?». Начиная с этого момента, все связи означающего и означаемого перераспределяются на всех уровнях: между симптомами, которые означают, и болезнью, которая означается; между описанием и тем, что оно описывает; между событием и тем, что оно прогнозирует; между повреждением и болью, которая о нем сигнализирует, и т. д. Клиника, без конца ссылающаяся на собственный эмпиризм, непритязательность внимания и заботы, с которой она позволяет вещам молчаливо появляться под ее взглядом, не беспокоя их никаким рассуждением, придает действительное значение факту, что это истинно глубокая реорганизация не только медицинских взглядов, но и самой возможности дискурса о болезни. *Сдержанность* клинического дискурса (объявляемого врачами как отказ от теории, отход от систем, от философствования) отсылает к невербальным условиям, начиная с которых можно говорить: образуется общая структура, которая выкраивает и артикулирует то, что *видится*, и то, что *говорится*.

Итак, предпринимаемое здесь исследование содержит смелый проект быть одновременно и историческим и критическим в той мере, в которой, помимо всех предписанных намерений, идет речь об установлении условий возможности медицинского опыта в том виде, в котором его знает современная эпоха.

Определим раз и навсегда: эта книга написана не в пользу одной медицины против другой или не против медицины и за ее отсутствие. Здесь, как и далее, речь идет об исследовании, пытающемся высвободить из плотности дискурса условия его истории.

В вещах, сказанных людьми, имеет значение не только то, что они могли бы думать по эту или ту сторону этих вещей, но и то, что их с самого начала систематизирует, делая для последующего времени бесконечно доступными новым дискурсам и открытыми задачам их трансформации.

ГЛАВА I

ПРОСТРАНСТВА И КЛАССЫ

Для наших уже «приглядевшихся» глаз человеческое тело образует по праву природы пространство причины и распределения болезни; пространство, линии, объемы, поверхности и пути которого фиксированы в соответствии со знакомой по анатомическому атласу географией. Этот принцип твердого и видимого тела стал теперь для медицины лишь способом представления болезни в пространстве, без сомнения ни самым важным, ни самым фундаментальным. Были и будут другие способы распределения болезни.

Как можно определить структуры, которым следуют в тайном пространстве тела аллергические реакции? Будет ли когда-нибудь установлена специфическая геометрия проникновения вируса через тончайшие мембраны тканевых сегментов? Разве в евклидовой анатомии эти фрагменты могут найти закон своего пространственного представления? Достаточно вспомнить, в конце концов, что старая симпатическая теория говорила словарем соответствий, соседства, гомологии — терминами, для которых пространство анатомии почти не может предложить соответствующей лексики. Каждая важная идея в области патологии предписывала болезни конфигурацию, пространственные реквизиты которой не обязательно соответствовали классической геометрии.

Точное совпадение «тела» болезни и тела больного человека, без сомнения, лишь историческая и преходящая данность. Их очевидная встреча существует только для нас, или, точнее, мы едва начинаем ее видеть. Пространство *конфигурации* болезни и пространство ее *локализации* накладываются друг на друга в медицинском опыте лишь в течение короткого периода: так, это существовало в XVIII веке, когда медицина была исключительно согласована с патологической анатомией. Эпоха, маркирующая господство взгляда, так как в самом перцептивном поле, следуя самой последовательности или же самим разрывам,

опыт сразу считывает видимое повреждение организма и его соответствие патологическим формам. Болезнь артикулируется прямо в теле, ее логическое распределение вводится в игру благодаря анатомическим массам. «Взгляд» должен лишь упражняться в истине, обнаруживаемой им там, где она является властью, которой она располагает по полному праву.

Но как сформировалось это право, выдающее себя за древнее и естественное, каким образом место, откуда сигнализирует о себе болезнь, может безраздельно определять образ, в который оно формирует элементы? Парадоксальным образом, пространство конфигурации болезни никогда не было более свободным, более независимым от своего пространства локализации, чем в классификационной медицине, то есть в форме медицинской мысли, предшествовавшей анатомо-клиническому методу и сделавшей его исторически возможным.

«Никогда не трактуйте болезни, не будучи уверенными в их типе», — говорил Жилибер[1]. От «Нозологии» де Соважа (1761) до «Нозографии» Пинеля (1798) классифицирующее правило преобладает в медицинской теории, доходя до самой практики. Оно проявляется как внутренняя имманентная логика болезненных форм, принцип их расшифровки и семантическое правило их определения: «Не слушайте же этих завистников, что хотели бросить тень презрения на написанное великим де Соважем... Вспомните, что, возможно, именно он один из всех живших врачей придерживался всех наших догм, следующих из непогрешимых правил здравой логики. Посмотрите, с каким вниманием он определял слова, с какой скрупулезностью он ограничивал определение каждой болезни». Перед тем как быть погруженной в плотность тела, болезнь получает иерархическую организацию семьи, рода и типа. Очевидно, речь идет ни о чем ином, как «о таблице», позволяющей сделать чувствительной к обучению и запоминанию разбухающую область болезни. Но глубже этой пространственной «метафоры», для того чтобы сделать ее возможной, классифицирующая медицина предполагает некую «конфигурацию» болезни: она никогда не была сформулирована, но ее наиболее су-

[1] Gilibert, *L'anarchie médicinal* (Neuchatel, 1772), t. I, p. 198.

щественные реквизиты можно сформулировать задним числом. Так же как генеалогическое древо по эту сторону содержащегося сравнения и всех своих воображаемых тем предполагает пространство, где родство формализуемо, нозологическая таблица требует представлений о болезни, которые не являются ни сцеплением (связью, последовательностью) результатов и причин, ни хронологической серией событий, ни ее видимым следом в человеческом теле.

Эта организация сдвигается к подчиненным проблемам локализации в организме, но определяет фундаментальную систему связей, которая пускает в дело окружение, субординации, разделения, сходства. Это пространство содержит «вертикаль», от которой ветвятся все следствия, — лихорадка, «последовательно сочетающая холод и жар», может разворачиваться в едином эпизоде или в нескольких: последние могут следовать без остановки или после интервала; отсрочка может не превышать 12 часов, занимать сутки, длиться полных двое суток или иметь плохо определяемый ритм[1]. А также «горизонталь», по которой сообщаются гомологи, — в двух крупных группах судорог находятся, следуя совершенной симметрии, «тонические парциальные нарушения», «тонические генерализованные», «клонические парциальные нарушения» и «клонические генерализованные»[2] либо, например, следуя порядку эксудативных процессов: то, чем катар является для горла, дизентерия — для кишечника[3]. Глубокое пространство, предшествующее всем восприятиям и издали ими руководящее; именно от него, от линий, которые оно пересекает, от масс, которые оно распределяет или иерархизирует, болезнь, проясняясь под взглядом, вносит собственные характеристики в живущий организм.

Каковы же принципы этой первичной конфигурации болезни?

1. Согласно врачам XVIII века, она дана в «историческом» опыте, противоположном «философскому» знанию. Историческое — это знание, описывающее плеврит с помощью четырех феноменов: лихорадки, затруднения дыхания, кашля, боли в боку. Философским же будет знание,

[1] F. Boissier de Sauvages, *Nosologie méthodique* (Lyon, 1772), t. II.
[2] Ibid., t. III.
[3] W. Cullen, *Institutions de médecine pratique* (Paris, 1785), t. 2, p. 39–60.

задающее вопрос о причинах этого состояния: переохлаждение, серозный выпот, воспаление плевры.

Различие исторического и философского — это все-таки не то же самое, что различие причины и следствия: Куллен основывает свою классификационную систему на установлении ближайших причин; это не то же, что различие принципа и следствия, так как Сиденхам предполагает выполнить историческое исследование, изучая «способ, которым природа производит и поддерживает различные формы болезни»[1]; не то же, что различие видимого и скрытого или предположительного, так как иногда необходимо прослеживать по пятам «историю», которая свертывается и уклоняется от первого испытания, как изнурительная лихорадка у некоторых туберкулезных больных — «рифы, спрятанные под водой»[2].

Историческое собирает все, что фактически и юридически, рано или поздно, со всей силой или косвенно может быть дано взгляду. Обнаруживающая себя причина или мало-помалу развивающийся симптом, вычитываемый принцип его происхождения — принадлежит не порядку «философского» знания, но «очень простому» знанию, которое «должно предшествовать любому другому» и которое определяет место первичной формы медицинского опыта. Речь идет об установлении определенного рода фундаментального основания, где перспективы нивелируются и где смещения выравниваются: результат обладает тем же статусом, что и его причина, предшествующее сосуществует с тем, что ему следует. В этом гомогенном пространстве сцепления расплываются, а время расплющивается: локальное воспаление есть не что иное, как идеальное соположение его исторических элементов (покраснение, уплотнение, жар) без того, чтобы сеть их взаимных обусловливаний и временных пересечений стала проблемой.

Болезнь фундаментально воспринимается в пространстве плоских проекций без глубины и существования без развития. Не существует более одного плана и более одного мгновения. Форма, в которой исходно проявляет себя истина, — это поверхность, где рельеф или портрет сразу и

[1] Th. Sydenham, *Médicine pratique* (Paris, 1784), p. 390.
[2] Ibid.

проявляется и самоуничтожается: «Необходимо, чтобы тот, кто пишет историю болезни... наблюдал с вниманием ясные и естественные феномены, кажущиеся ему сколь-нибудь интерпретируемыми. Он должен в этом подражать художникам, которые, создавая портрет, заботятся о том, чтобы отметить все, вплоть до знаков и самых мелких природных деталей, которые они встречают на лице изображаемого ими персонажа»[1]. Первичная структура, в которой реализуется классификационная медицина, — это плоское пространство постоянной одновременности. Стол и доска.

2. Это пространство, где аналогии определяют сущности. Таблицы взаимно подобны, но они также уподобляются друг другу. От одной болезни до другой *дистанция*, которая их разделяет, измеряется лишь *сличением* их *сходства* без того, чтобы оно вносило логико-временной скачок генеалогии. Исчезновение произвольных движений, притупление внешней и внутренней чувствительности — это общее состояние, которое реализуется в таких частных формах, как апоплексия, судорога или паралич. Внутри этого большого родства устанавливаются мелкие разновидности: апоплексия приводит к потере чувствительности всей сенсорной сферы и произвольной моторики, но она не затрагивает дыхания и сердечной деятельности; паралич затрагивает лишь точно локализованные сенсорные и моторные секторы; судорога генерализована, как и апоплексия, но прерывает респираторное движение[2]. Перспективное распределение, заставляющее нас видеть в параличе симптом, в судороге — эпизод, а в апоплексии — органическое или функциональное поражение, не существует для взгляда классификатора, чувствительного только к распределению поверхности, где соседство определяется не измеримыми расстояниями, а посредством аналогий форм. Становясь достаточно сильными, они переходят порог простого сходства и достигают сущностного единства. Между апоплексией, разом прерывающей моторику, и хроническими и прогрессирующими формами, поражающими мало-помалу всю моторную систему, нет фундаментального различия: в этом симультанном пространстве, где распре-

[1] Th. Sydenham, cité par Sauvages (*loc. cit.*, t. I, p. 88).
[2] W. Cullen. *Médecine pratique* (Paris, 1785), t. II, p. 86.

деления во времени сходятся и накладываются, сродство сворачивается до идентичности. В плоском гомогенном неметрическом мире сущность болезни существует там, где есть избыток аналогий.

3. Форма аналогии раскрывает рациональный порядок болезни. Когда сходство замечается, фиксируется не просто удобная и относительная система ориентировки, начинается дешифровка внятного порядка болезни. Покров приподнимается над принципом их создания: это общий порядок природы. Будь то для растения или животного, игра болезни фундаментально специфична: «Высшее Существо подчиняется законам не менее определенным, производя болезни или обстоятельно обдумывая болезнетворные соки, чем скрещивая растения или животных. Тот, кто внимательно наблюдает порядок, время, час, когда начинается переход лихорадки к фазам, феноменам озноба, жара, одним словом, всем свойственным ей симптомам, будет иметь столько же оснований верить, что эта болезнь составляет определенный вид, как он верит, что растение представляет один вид, ибо оно растет, цветет и погибает одним и тем же образом»[1].

Для медицинской мысли эта ботаническая модель имеет двойное значение. Она позволяет, с одной стороны, обратить принцип аналогии форм в закон производства сущностей: так, перцептивное внимание врача, который то здесь, то там что-то вновь находит и объединяет, по полному праву сообщается с онтологическим порядком, организующим изнутри и задолго до всех проявлений мир болезни. С другой стороны, порядок болезни есть не что иное, как отпечаток жизненного мира: здесь и там царят одни и те же структуры, те же формы деления на классы и тот же порядок. Рациональность жизни идентична рациональности того, что ей угрожает. Одна по отношению к другой не являются чем-то вроде природы и контрприроды, но в общем для них природном законе они пересекаются и входят друг в друга. В болезни жизнь *узнают*, так как именно закон жизни основывает помимо всего и *познание* болезни.

4. Речь идет о типах одновременно и природных и идеальных. Природных, так как болезни в них выражают собст-

[1] Th. Sydenham, cité par Sauvages (*loc. cit.*, t. I, p. 124–125).

венные сущностные истины; идеальных в той мере, в какой они никогда не даются в опыте без искажения и замутнения. Первичный беспорядок вносится с самой болезнью и самой болезнью. К чистой нозологической сущности, которая определяет и исчерпывает без остатка свое место в порядке классификации, больной, как источник беспорядка, добавляет свои склонности, свой возраст, образ жизни и всю серию событий, которые, будучи связанными с сущностным ядром, образуют конфигурацию случая. Чтобы установить истинный патологический факт, врач должен абстрагироваться от больного: «Нужно, чтобы тот, кто описывает болезнь, позаботился о различении свойственных ей симптомов, являющихся ее обязательным сопровождением, от случайных и необязательных, зависящих от темперамента и возраста больного»[1]. Парадоксальным образом больной связан с тем, от чего он страдает, лишь внешним образом; медицинское исследование должно принимать его во внимание, лишь вынося за скобки. Естественно, необходимо знать «внутреннюю структуру нашего тела», но для того, чтобы ее после этого вычесть, освобождая для взгляда врача «природу и сочетание симптомов, приступов и других обстоятельств, сопровождающих болезнь»[2]. Это не патология, функционирующая по отношению к жизни как *контрприрода*, но больной по отношению к болезни как таковой.

Больной, но также и врач. Его вмешательство — это насилие, если он полностью подчинен идеальному правилу нозологии: «знание болезни есть компас врача: успех лечения зависит от точного знания болезни»; взгляд врача направлен вначале не на это конкретное тело, а на то видимое множество, позитивное изобилие, стоящее перед ним; не на больного, но на разрывы природы, лакуны и промежутки, где проявляются как в негативе «знаки, дифференцирующие одну болезнь от другой, истинность подлога, законность бастарда, лукавство благодушия»[3]. Решетка, которая скрывает реального больного и сдерживает любую терапевтическую неловкость. Назначенное слишком рано и со спорными намерениями снадобье противоречит болезни и искажает ее сущность; оно мешает достичь ее истинной природы и, делая ее не соот-

[1] Th. Sydenham, cité ibid.
[2] Clifton, *Etat de la médecine ancienne et moderne* (Paris, 1742), p. 213.
[3] Frier, *Guide pour la conservation de l'homme* (Grenoble, 1789), p. 113.

ветствующей правилам, превращает ее в неизлечимую. В инвазивном периоде врач должен лишь затаить дыхание, так как «начальные признаки болезни созданы для того, чтобы опознать ее класс, род и тип». Когда симптомы усиливаются и достигают размаха, достаточно «уменьшить их ярость и приносимую ими боль», в период стабилизации необходимо «следовать шаг за шагом по пути, избранному природой», подкрепляя ее, если она слишком слаба, и смягчая, «если она слишком сильно разрушает то, что ей мешает»[1].

Врачи и больные включены в рациональное пространство болезни не по полному праву, они терпимы настолько, насколько трудно избежать помех: парадоксальная роль медицины состоит именно в их нейтрализации, в поддержании между ними максимальной дистанции, чтобы идеальная конфигурация болезни в пустоте, разделяющей одно от другого, достигла конкретной свободной формы, обобщаемой в конце концов в неподвижной, симультанной таблице, не имеющей ни глубины, ни тайны, где познание открывается себе самому, следуя порядку сущности.

Классифицирующее мышление обретает для себя сущностное пространство. Болезнь существует лишь в нем, так как оно конституирует ее в качестве природы, и все же она кажется всегда несколько смещенной по отношению к этому пространству, ибо проявляется у реального больного в уже вооруженных глазах врача. Прекрасное плоское пространство портрета есть одновременно и исток, и окончательный результат: то, что делает с самого начала возможным рациональное и достоверное медицинское знание, и то, к чему нужно без конца стремиться через все, что утаивает его от взгляда. Вся работа медицины состоит в воссоединении с присущим ей состоянием, но путем, на котором она должна стирать каждый свой шаг, ибо медицина достигает своей цели, нейтрализуя не только случаи, на которые опирается, но и свое собственное вмешательство. Отсюда странный характер медицинского взгляда: он включен в бесконечную спираль, он адресуется к тому, что есть видимого в болезни, но исходя из больного, который скрывает это видимое, показывая его; следовательно, нуж-

[1] T. Guindant, *La nature opprimée par la médecine moderne* (Paris, 1768), p. 10–11.

но опознать, чтобы знать. И этот взгляд, продвигаясь, пятится, так как он идет к истине болезни, лишь позволяя ей реализовываться, ускользая и разрешая болезни самореализовываться в своих феноменах, в своей природе.

Болезнь, улавливаемая в таблице, проявляется через тело. Там она встречает пространство, конфигурация которого совершенно отлична, а именно: объемы и массы. Эта скованность определяет видимые формы, принимаемые болезнью в организме больного: образ, каким она там распределяется, проявляется, прогрессирует, разрушая ткани, движение или функции, вызывая видимое на аутопсии поражение, запускает в том или ином месте проявления симптомов, провоцирует реакции и тем самым направляется к благоприятному или фатальному исходу. Речь идет о сложных и производных формах, с помощью которых сущность болезни со своей табличной структурой артикулируется в густом и плотном объеме организма и обретает в нем *тело*.

Каким образом плоское однородное пространство классов может стать видимым в географической системе масс, дифференцированных своими объемами и размерностями? Как болезнь, определяемая своим *местом* в семействе подобных, может характеризоваться своим *очагом* в организме? Эта проблема того, что требовало привлечения *вторичного пространственного распределения* патологии.

В классификационной медицине органные проявления не являются абсолютно необходимыми для определения болезни: последняя может быть перемещена из одной точки в другую, задевать другие телесные поверхности, оставаясь полностью идентичной своей природе. Пространство тела и пространство болезни обладают свободой скольжения относительно друг друга. Одно и то же спазматическое расстройство может располагаться внизу живота, где оно вызывает диспепсию, закупорку внутренних органов, задержку менструальных или геморроидальных выделений. В груди же — сопровождаться удушьем, сердцебиением, ощущением комка в горле, приступами кашля и, наконец, достигая головы, вызывать эпилептические судороги, припадки и коматозные состояния[1]. Это скольжение, сопровождающее большое количество симптоматических клас-

[1] *Encyclopédie*, article «Spasme».

сификаций, может проявляться во времени у одного индивида. Его также можно обнаружить, обследуя группу индивидов, у которых пораженные участки различны: в своей висцеральной форме спазм встречается чаще всего у лимфатических субъектов, в церебральной — у сангвиников. Но, в любом случае, сущностная патологическая конфигурация не искажена. Органы являются прочной поддержкой болезни, никогда не образуя в ней обязательных условий; система точек, определяющая отношения распределения в организме, не является ни константной, ни необходимой, и они не имеют общего, предварительно очерченного пространства.

В этом телесном пространстве, где она свободно циркулирует, болезнь претерпевает трансформации и метаморфозы. Перемещение ее частично преобразует. Носовое кровотечение может превратиться в кровохаркание или кровоизлияние; единственно, должна быть установлена специфическая форма излияния крови. Вот почему типологическая медицина во все времена своего развития включала часть, связанную с симпатическим учением. Обе концепции лишь усиливали друг друга для лучшего равновесия системы. Симпатическое сообщение через организм иногда обеспечивается с помощью локализации определенного посредника (диафрагма для судорог, желудок для расстройств настроения), иногда — через всю систему распространения, попадающую в телесный комплекс (нервная система для боли, судорог, сосудистая система для воспаления), в других случаях — простым функциональным соответствием (подавление экскреции сообщается от кишечника до почек и от последних к коже), и наконец — приведением в соответствие чувствительности одной области к чувствительности другой (боли в пояснице при водянке яичка). Но будь то соответствие, расстояние или посредничество, анатомическое распределение болезни не меняет своей сущностной структуры. Симпатическое отношение поддерживает игру между пространством локализации и пространством конфигурации: оно определяет их взаимную свободу и предел этой свободы.

Скорее даже не предел, а, следовало бы сказать, порог, так как по ту сторону симпатического трансфера и гомологии, которую он подтверждает, связь может устанавли-

ваться от болезни к болезни, которая является причинной, не будучи сродственной. Одна патологическая форма может порождать другую, очень удаленную в нозологической таблице, с помощью свойственной ей созидательной силы. Тело — это место смежности, последовательности, смеси различных типов. Отсюда сложности, отсюда смешанные формы, отсюда регулярные или менее частые, как между манией и параличом, последовательности. Хаслам наблюдал психически больных, у которых «речь была затруднена, рот искривлен, руки или ноги лишены произвольных движений, память ослаблена» и которые чаще всего «не осознавали своего состояния»[1]. Переплетения симптомов, одновременность их развернутых форм — всего этого недостаточно для формирования единственной болезни. Отдаленность речевого возбуждения от моторного паралича в таблице сродства болезней мешает хронологической близости объединить их в одну группу. Отсюда идея причинности, проявляющаяся в небольшом временном разрыве; то проявления безумия начальны, то моторные знаки начинают развитие совокупности симптомов: «паралитические заболевания являются причиной безумия значительно чаще, чем об этом думают. Они также очень частый результат сумасшествия». Никакое симпатическое влияние не может здесь преодолеть разрыв между типами, и общности симптомов в организме недостаточно для того, чтобы установить единство, которое противоречит сущностям. Существует все же межнозологическая причинность, роль которой обратна симпатическому отношению: последнее сохраняет фундаментальную форму, пересекая время и пространство; причинность обеспечивает одновременность и пересекаемость, которые смешивают сущностную чистоту.

Время в этой патологии играет ограниченную роль. Допускается, что болезнь может длиться и что в этом развитии каждый эпизод мог бы появляться в свою очередь. Начиная с Гиппократа, вычислялись критические дни. Было известно значение артериальной пульсации: «Если пульс учащается на каждом тринадцатом ударе или около него, кровоизлияние последует на четвертый день, возможно,

[1] J. Haslam, *Observations on madness* (London, 1798), p. 259.

несколько раньше или позже. Если это наблюдается на каждом шестом ударе, кровоизлияние произойдет через три дня... Наконец, если это наблюдается на каждом четвертом, третьем или втором ударе или если оно постоянно, нужно ждать кровоизлияния в течение 24 часов»[1]. Но эта численно фиксируемая длительность составляет часть важнейшей структуры болезни, так же как хроническому катару надлежит через некоторое время стать чахоточной лихорадкой. Эволюции или протяженности, которая сама бы единственно своей логикой вносила новое событие, не существует, время интегрировано как нозологическая константа, но не как органическая переменная. Время тела не изменяется и еще в меньшей степени определяет время болезни.

То, что заставляет сообщаться сущностное «тело» болезни с реальным телом больного, это совсем не точки локализации или результаты лечения, это скорее качества. Меккель в одном из опытов, изложенных в Королевской академии Пруссии в 1764 году, объясняет, как он наблюдает повреждения мозга при различных заболеваниях. Во время аутопсии он изымает из мозга небольшие кубики одинакового объема (6 линий по ребру[2]) из различных участков мозговой ткани: он сравнивает эти пробы между собой и с пробами, взятыми от других трупов. Точный инструментарий этого сравнения — весы. В случае туберкулеза, болезни истощения, удельный вес мозга относительно ниже, чем при апоплексии, болезни ожирения (1 др. $3^3/_4$ гр.[3] против 1 др. 6–7 гр.), тогда как у здоровых субъектов, умерших естественной смертью, средний вес равен 1 др. 5 гр. В зависимости от участка мозга этот вес может варьировать: при туберкулезе в особенности легок мозжечок, а при апоплексии — тяжелы срединные отделы[4]. И все же между болезнью и организмом есть точки сцепления, точно расположенные по зональному принципу, но речь идет лишь о секторах, где

---

[1] Fr. Solano de Luques, *Observations nouvelles et extraordinaires sur la prédiction des crises*, enrichies de plusieurs cas nouveaux par Nihell (Paris, 1748), p. 2.

[2] 1 линия равна 2,25 мм. (*Примеч. перев.*)

[3] Драхма, гран — единицы массы, применявшиеся в аптекарской и медицинской практике. Драхма = $^1/_8$ унции, гран = 64,8 мг. (*Примеч. перев.*)

[4] Compte rendu in *Gazette salutaire*, t. XXI, 2 août 1764.

болезнь таинственна или воплощает свои специфические качества: мозг сумасшедших легок, сух и рыхл, так как сумасшествие — это заболевание живое, горячее, взрывчатое; мозг чахоточных будет истощен, вял, инертен и бескровен, так как чахотка отнесена к общему классу геморрагий. Качественная совокупность, характеризующая болезнь, располагается в органах, которые поддерживают симптомы. Болезни тела сообщаются лишь через непространственные качественные элементы.

В этих условиях понятно, что медицина обращена к некоторым формам знания, которые Соваж описывает как математические: «Знать меру и уметь измерять, например, определять силу и скорость пульса, интенсивность жара, величину боли, силу кашля и других подобных симптомов»[1]. Если Меккель измерял, то не для того, чтобы достичь знания в математической форме, для него речь шла об оценке интенсивности некоторых патологических качеств, составляющих болезнь. Никакая механика, измеряющая тело, не может в ее физических и математических частностях оценить патологический феномен; судороги могут определяться усыханием, сужением нервной системы — тем, что явно принадлежит механике, но механике качеств, которые сцеплены, механике движений, которые себя артикулируют, изменений, которые запускаются последовательно как серия, но не на уровне механики исчисляемых сегментов. Речь может идти о механизме, который не принадлежит Механику. «Врачи должны ограничиваться знанием силы лекарств и болезни посредством их воздействий, они должны тщательно наблюдать и изучать их законы и не уставать в поисках физических причин»[2]. Восприятие болезни все же предполагает качественный подход; чтобы понять болезнь, нужно смотреть туда, где существуют сухость, жар, возбуждение, где есть влажность, закупорка, слабость. Как различить под той же самой лихорадкой, тем же самым кашлем, под тем же самым истощением чахоточный плеврит, если не опознать там сухое воспаление легких, а здесь серозный выпот? Как различить, если не по их качеству, судороги эпилептика, страдающего от мозгового воспаления,

[1] Sauvages, *loc. cit.*, t. 1, p. 91–92.
[2] Tissot, *Avis aux gens de lettres sur leur santé* (Lausanne, 1767), p. 28.

от таких же судорог ипохондрика, пораженного закупоркой внутренних органов? Проницательное восприятие качеств, восприятие различий одного случая от другого, тонкое восприятие вариантов — нужна вся герменевтика патологических фактов, начиная с разнообразного многокрасочного опыта, измерения всех переменных равновесия, избытка или недостатка: «Человеческое тело состоит из сосудов и жидкости... когда сосуды и волокна не имеют ни слишком высокого, ни слишком низкого тонуса, когда жидкости обладают соответствующей консистенцией, когда они не слишком быстро и не слишком медленно движутся — человек находится в здоровом состоянии. Если движение... слишком сильное, ткани отвердевают, жидкости становятся слишком густыми; если оно слишком слабое, волокна ослабевают, и кровь замедляется»[1].

И взгляд врача, открытый этим тончайшим свойствам, должен быть внимателен к их изменчивости; расшифровка болезни в ее специфических характеристиках покоится на утонченных формах восприятия, которые должны оценивать каждое особое равновесие. Но в чем состоит эта особенность? Это не особенность организма, в котором патологический процесс и реакция разворачиваются уникальным способом, образуя «случай». Скорее речь идет о качественных вариациях болезни, к которым добавляются, чтобы их видоизменить до следующего уровня, вариации, представляющие собой темпераменты. То, что классификационная медицина называет «частными историями», суть результаты умножения, вызванного качественными вариациями (вследствие темперамента) сущностных качеств, характеризующих болезни. Больной индивид оказывается в месте, где появляется результат этого умножения.

Отсюда его парадоксальная позиция. Кто хочет знать болезнь, о которой идет речь, должен удалить индивида в его неповторимых качествах. «Творец, — говорит Циммерман, — определил течение большинства болезней непреложными законами, которые скорее открываются, если течение болезни не прерывается или не затемняется самим больным»[2]. На этом уровне больной лишь негативный эле-

[1] Tissot, *Avis aux gens de lettres sur leur santé*, p. 28.
[2] Zimmermann, *Traité de l'Expérience* (Paris, 1800), t. I, p. 122.

мент, но болезнь никогда не может проявиться вне темперамента, его свойств, его живости или его тяжести, и даже если бы она сохраняла свой общий вид, ее черты в их деталях всегда получают особенную окраску. И тот же Циммерман, узнающий в больном лишь негатив болезни, «пытается иногда» против общих предписаний Сиденхама «признавать лишь частные истории. Хотя природа в целом проста, она тем не менее изменчива в частностях, в результате чего необходимо пытаться познать ее в целом и в частностях»[1].

Типологическая медицина обновляет внимание к индивиду. Внимание более нетерпеливое и в меньшей степени переносящее общие формы восприятия, скороспелое вычитывание сущности. «У некоторых эскулапов каждое утро — 50 или 60 пациентов в приемной; они выслушивают жалобы каждого, разделяют их на 4 очереди, предписывая первой кровопускание, второй — слабительное, третьей — клистир, а четвертой — перемену воздуха»[2]. Это совершенно не имеет отношения к медицине. То же самое встречается в госпитальной практике, убивающей качество наблюдения и душащей таланты наблюдателя неисчислимостью наблюдений. Медицинское восприятие не должно адресоваться ни к сериям, ни к группам, оно должно структурироваться как взгляд через «лупу, которая, будучи приложена к различным частям объекта, заставляет в них отмечать другие детали, которые без этого не замечались»[3], и начинать бесконечную работу познания единичных слабостей. В этом месте обнаруживается тема портрета, затронутая ранее; больной — это болезнь, приобретшая особенные черты, данная здесь тенью и рельефом, вариациями, нюансами, глубиной, и работа врача, когда он описывает болезнь, должна воссоздавать эту живую плотность: «Нужно выразить те же самые недуги больного, его собственное страдание с его же жестами, его же отношения в его же словах и в его же жалобах»[4].

Посредством игры первичного пространственного распределения типологическая медицина помещает болезнь в

[1] Zimmermann, *Traité de l'Expérience*, p. 184.
[2] Ibid., p. 187.
[3] Ibid., p. 127.
[4] Ibid., p. 178.

плоскость гомологии, где индивид не может получить позитивного статуса, зато во вторичном пространственном распределении он требует острого восприятия особенностей, свободного от общепринятых медицинских структур, групповых взглядов и самого медицинского опыта. Врач и больной втягиваются в бесконечно увеличивающуюся близость и связываются: врач взглядом, который насторожен и всегда направлен к постижению большего; больной — совокупностью незаменимых и немых качеств, которые его выдают, иначе говоря, демонстрируют и варьируют точные упорядоченные формы болезни. Между нозологическими свойствами и окончательными чертами, которые читаются на лице больного, качества свободно пересекают тело. И медицинский взгляд не имеет оснований запаздывать к этому телу, по крайней мере к его плотности и его функционированию.

Будем называть третичным пространственным распределением совокупность действий, с помощью которых болезнь в обществе очерчивается, блокируется, изолируется и размещается в привилегированных и закрытых областях или распределяется по местам лечения, приспособленным для того, чтобы этому благоприятствовать. Третичное — значит, что речь идет о производных и менее существенных структурах, чем предыдущие. Оно вводит систему мнений, к которым прибегает группа, чтобы поддержать и защитить себя, практикует исключение, устанавливает формы призрения, реагирует на страх смерти, вытесняет или уменьшает нищету, вмешивается в болезнь или предоставляет ее своему естественному течению. Но в большей степени, нежели другие формы пространственного распределения, она является местом разнородных диалектик: разнородных институализаций, хронологических разрывов, политических движений, притязаний и утопий, экономических принуждений, социальных столкновений. В нем, включенном в практику и медицинскую институализацию, первичное и вторичное пространственные распределения сталкиваются с формами социального пространства, генез структуры и законы которого имеют иную природу, и все же, или скорее на этом основании, оно является исходным пунктом наиболее радикальных дискуссий. Они возникают только начиная с него, со всей неустойчивости медицинского опы-

та и определяют своим восприятием наиболее конкретные измерения и новую почву.

Следуя типологической медицине, болезнь по праву рождения обладает формами и периодами, чуждыми общественному пространству. Существует «дикая» природа болезни, которая одновременно является ее истинной природой и наиболее мудрым течением: одинокая, свободная от вмешательства медицинских уловок, она дает проявиться упорядоченному и почти растительному рисунку ее сущности. Но чем более социальное пространство, где она проявляется, становится сложным, тем более она *денатурализируется*. До цивилизации люди страдали лишь наиболее простыми и неотвратимыми болезнями. Крестьяне и простонародье все еще близки фундаментальной нозологической таблице; простота их жизни дает ей ясно обнаруживаться в своем рациональном порядке: у них нет всех этих разнообразных, сложных, смешанных нервных болезней, но лишь устойчивые апоплексии или отчетливые приступы безумия[1]. По мере того как они занимают более высокое положение и вокруг них выстраивается социальная сеть, «здоровье кажется деградирующим», болезни становятся разнообразнее, сочетаются между собой, и «их число уже велико в среде высшей буржуазии... и оно наибольшее среди людей света»[2].

Больница как цивилизация является искусственным местом, внедряясь в которое болезнь рискует утратить свое истинное лицо. Она сразу же встречает форму осложнений, которую врачи называют тюремной или больничной лихорадкой: мышечная астения, сухой обложенный язык, свинцовый цвет лица, липкая кожа, понос, бледная моча, стеснение дыхательных путей, смерть от восьмого до одиннадцатого дня или несколько позднее, на тринадцатый[3]. В целом контакт с другими больными в этом беспорядочном саду, где виды пересекаются, портит чистую природу болезни, делая ее менее разборчивой; и как в этой вынужденной близости «исправить флюиды, исходящие от всего сообщества больных, гангренозных частей тела, сломан-

[1] Tissot, *Traité des nerfs et de leurs maladies* (Paris, 1778–1780), t. II, p. 432–444.

[2] Tissot, *Essai sur la santé des gens du monde* (Lausanne, 1770), p. 8–12.

[3] Tenon, *Mémoires sur le hopitaux* (Paris, 1788), p. 451.

ных костей, заразных язв, гнилостных лихорадок»?[1] И потом, можно ли изгладить досадное впечатление, произведенное на больного, оторванного от своей семьи, сценой этих заведений, являющихся для многих лишь «храмом смерти»? Это публичное одиночество, безнадежность вместе со здоровыми реакциями организма искажают нормальное течение болезни; нужно было бы иметь очень опытного больничного врача, «чтобы ускользнуть от опасностей ложного опыта, который, как кажется, проявляется в искусственных болезнях, о которых нужно позаботиться в больнице. В конце концов, никакая из больничных болезней не является чистой»[2].

Естественное место болезни — это естественное место жизни: семья, нежность непосредственных забот, свидетельства преданности, общее желание выздоровления — все входит в согласие с тем, чтобы помочь природе в борьбе с болезнью, и тем, чтобы ей самой дать проявиться в своей истине. Больничный врач видит лишь двусмысленную, искаженную болезнь, полностью искривленную патологию; тот же, кто лечит дома, «достигает за короткое время истинного опыта, основанного на естественных феноменах всех типов болезни»[3]. Предназначение этой домашней медицины — быть необходимо почтительной: «Наблюдать болезнь, помогать природе без насилия и ожидать, скромно признавая нехватку знаний»[4]. Таким образом, между действенной и выжидательной медициной реанимируется старый спор по поводу типологической патологии[5]. Нозологисты благоволили к последней, и один из них, Вите, в классификации, включающей более 2000 типов и носящей название *выжидательной медицины*, предписывает неизменно хину, чтобы помочь природе завершить ее естественное движение[6].

Таким образом, типологическая медицина требует для болезни свободного пространственного размещения без

[1] Persival, Lettre à M. Aikin, in J. Aikin, *Observations sur les hôpitaux* (Paris, 1777), p. 113.

[2] Dupont de Nemours, *Idées sur les secours à donner* (Paris, 1786), p. 24–25.

[3] Ibid.

[4] Moscati, *De l'emploi des systemés dans la médecine pratique* (Strasbourg, an VII), p. 26–27.

[5] Cf. Vicq d'Azyr, *Remarques sur la médecine agissante* (Paris, 1786).

[6] Vitet, *La médecine expectante* (Paris, 1806), 6 vol.

привилегированных областей, без больничного принуждения — чего-то вроде свободного распределения в месте своего рождения и развития, которое должно функционировать как место, где она развивает, завершает свою сущность, где она доходит до естественного конца — неизбежной смерти, если таков ее закон, выздоровления, часто возможного, если ничто не расстроило ее природу. Там же, где она проявляется, ей полагается в том же самом развитии исчезнуть. Не следует ее закреплять в приготовленной медицинским образом области, но оставить в позитивном смысле «произрастать» на родной почве: семейный очаг, социальное пространство, задуманное в самой естественной, наиболее примитивной и морально прочной форме, одновременно закрытое и совершенно прозрачное. Итак, эта тема точно совпадает с тем, как она отражалась в политическом мышлении по поводу проблемы призрения.

Критика больничных учреждений является в XVIII веке общим местом экономического анализа. Имущество, на котором они основаны, неотчуждаемо: это постоянная доля бедных. Но сама бедность не постоянна, нужды могут меняться, и призрение должно в свою очередь выполнять в провинциях и городах ту роль, в которой они нуждаются. Это не значит нарушать, но, напротив, восстанавливать в истинной форме волю дарителя; ее «основная цель — служить народу, разгружать государство, не отступая от желания основателей и подтверждая их же взгляды; совокупность всей собственности, принадлежащей больницам, необходимо рассматривать как общинное имущество»[1]. Именной фонд, единый и неприкосновенный, должен быть растворен в пространстве всеобщего призрения, в отношении которого общество одновременно является единственным управляющим и недифференцированным получателем. С другой стороны, экономическая ошибка — связывать призрение с иммобилизацией капитала, иными словами, с обеднением народа, влекущим в свою очередь необходимость создания новых фондов, — отсюда ухудшение активности. Не следует направлять помощь ни к производительному богатству (капиталу), ни к распределительному

[1] Chamousset. Plan général pour l'administration des hopitaux, in *Vues d'un citoyen* (Paris, 1757), t. II.

(рента, которая всегда обратима в капитал), но на сам принцип производства богатства — труд, то есть заставляя работать бедных, что приносит им помощь, не приводя нацию к обнищанию[1].

Больной безусловно не способен работать, но если он помещен в больницу, это становится для общества двойной нагрузкой: призрение, которое он получает, предназначается лишь для него, а его оставленная семья оказывается в свою очередь в нищете и болезни. Больница, прародительница болезней в закрытом и заразном пространстве, которое она образует, удваивается в социальном пространстве, где она размещается. Это разделение, предназначенное защищать, распространяет болезни, умножая их без конца. Напротив, если они оставлены нестесненными в области своего рождения и развития, они никогда не превосходят самих себя: они угаснут так же, как и появились, помощь, оказываемая на дому, компенсирует вызываемую ими бедность; уход, спонтанно осуществляемый окружением, никому ничего не стоит, финансовая поддержка больного помогает его семье: «Хорошо, если кто-то съест мясо, из которого больному готовили бульон, или, разогревая для него отвар, ничего не стоит также обогреть его детей»[2]. Цепь «болезни болезней», а также постоянного обнищания бедных также прервется, если отказаться от создания для больного отделенного и специального особого пространства, двусмысленно, но неловко благоприятствующего болезни, защищая от нее.

Независимо от подтверждения идеи экономистов и врачей-классификаторов совпадают в основных направлениях: пространство, в котором завершается болезнь, есть абсолютно открытое пространство без разделения и выделения привилегированных или фиксированных форм, сведенное к единой плоскости видимых проявлений; однородное пространство, где никакое вмешательство не разрешено, кроме взгляда, который, останавливаясь, держится в стороне, где ценность помощи состоит единственно в эффекте временной компенсации; пространство без собственной морфологии, лишь отмечающее сходство одного инди-

[1] Turgot, *article «Fondation» de l' Encyclopédie.*
[2] Dupont de Nemours, *Idées sur les secours à donner* (Paris, 1786), p. 14–30.

вида с другим и с лечением, предоставляемым частной медициной частному больному.

Но будучи доведенной до своей крайности, тема обращается. Медицинский опыт в свободном пространстве общества, образованного единственной фигурой семьи, — не предполагает ли он поддержки всего общества? Не влечет ли он наряду с особым вниманием, проявляемым к индивиду, одновременного распространения общей бдительности по отношению к группе в ее единстве? Следовало бы создать медицину, в достаточной степени связанную с государством, чтобы она могла в согласии с семьей осуществлять постоянную, всеобщую, но дифференцированную политику помощи. Медицина становится национальной задачей, и Менюре в начале революции мечтал о бесплатном лечении, обеспечиваемом врачами, которых государство вознаграждает из доходов церкви[1]. Поэтому же было необходимо осуществлять контроль над этими врачами, ограничивать злоупотребления, объявлять вне закона шарлатанов, избегая с помощью здоровой и разумной организации медицины того, чтобы домашний уход не превращал больного в жертву и не подвергал бы его окружение опасности заражения. Хорошая медицина должна получать от государства, «устанавливающего, что существует истинное искусство врачевания», свидетельство правильности и законную защиту[2]. Медицина индивидуального восприятия, семейной помощи, домашнего ухода может найти поддержку лишь с точки зрения полностью ее покрывающих коллективно контролируемых структур. Открывается совершенно новое, почти неизвестное в XVIII веке институциональное пространственное распределение болезней. Типологическая медицина на этом будет закончена.

[1] J.-J. Menuret, *Essai sur les moyens de former de bons médecins* (Paris, 1791).

[2] Jadelot, *Adresse à Nos Seigneurs de l'Assemblée Nationale sur la nécessité et le moyen de perfectionner l'enseignement de la médecine* (Nancy, 1790), p. 7.

ГЛАВА II

ПОЛИТИЧЕСКОЕ СОЗНАНИЕ

По отношению к типологической медицине понятие конституции, эндемического заболевания, эпидемии имело в XVIII веке особую судьбу.

Необходимо вернуться к Сиденхаму и двусмысленности его урока: будучи основателем классификационного мышления, он в то же время пришел к заключению, что может существовать историческое и географическое представление о болезни. «Конституция» Сиденхама не обладает самостоятельной природой, но является комплексом — вроде временного узла — совокупности природных явлений: качества почвы, климата, времени года, дождливости, засухи, центров заражения, недорода. В случаях, когда все это не позволяет установить постоянных феноменов, необходимо обратиться не к ясным типам сада болезней, но к темному и скрытому в глубине ядру. «Variae sunt semper annorum constitutiones quae neque calori neque frigori non sicco humidove ortum suum debent, sed ab occulta potius inexplicabili quadam alteratione in ipsis terrae visceribus pendent»[1]. Начиная с симптомов, конституции не истинны, они определяются смещением акцентов, неожиданной группировкой знаков, более сильными или более слабыми феноменами: здесь лихорадка будет жестокой и сухой, там воспаление или серозные выпоты будут чаще; в течение жаркого и длинного лета желудочные засорения более часты и упорны, чем обычно. Лондон, с июля по сентябрь 1661 года: «Aegri paroxysmus atrocior, lingua magis nigra siccaque, extra paroxysmum aporexia obscurio, virium et appetitus prostratio major, major item ad paroxysmum proclinitas, omnium summatim accidentia immanioria,

---

[1] «Различны суть телосложения, которые зависят не от тепла или холода, сухости или влажности, но более от тайных необъяснимых изменений, происходящих в недрах земли» (лат. — *Примеч. перев.*). — Th. Sydenham, Observationes medicae, in *Opera Medica* (Genève, 1736), t. I, p. 32.

ipseque morbus quam pro more Febrium intermittentium funestior»[1]. Конституция не связана с неким специфическим абсолютом, более или менее модифицированным проявлением которого она бы была; она воспринимается лишь в относительности различий — взглядом в каком-то смысле диакритическим.

Любая конституция — не эпидемия, но эпидемия в своем ядре наиболее стабильных и гомогенных феноменов — это конституция. Очень долго и много, вплоть до настоящего времени, дискутируется, понимали ли врачи XVIII века свойства заразности и обсуждалась ли ими проблема переносчика болезни. Праздный вопрос, остающийся посторонним, или по меньшей мере побочным, по отношению к основной структуре: эпидемия — это нечто большее, чем особая форма болезни. Она была в XVIII веке автономным, связанным и самодостаточным способом видения болезни: «Название эпидемических болезней дается тем из них, что настигают в одно и то же время, с неизменными признаками и разом большое количество людей»[2]. Таким образом, нет различия в природе или типе между индивидуальными болезнями и эпидемическими феноменами, достаточно того, что спорадическое заболевание воспроизводится одновременно в большом количестве случаев, чтобы это стало эпидемией. Чисто арифметическая проблема порога: спорадический случай есть лишь подпороговая эпидемия. Речь идет о восприятии не более сущностном и порядковом, как это было в типологической медицине, но количественном и размерном.

Основание такого восприятия — не специфический тип, но ядро обстоятельств. Основание эпидемии — это не чума или катар; это Марсель в 1721-м, Бисетр — в 1780-м, Руан — в 1769 году, где «в течение лета среди детей возникла эпидемия желтушной катаральной лихорадочной природы или желтушной гнилостной лихорадочной природы,

[1] «Более тяжелый пароксизм больного, язык чернее и суше, вне пароксизма более темная апорексия, большая потеря аппетита и сил, большая склонность к пароксизму, все эти акциденции более сильно выражены, и сама болезнь более (смертельно) опасная, чем это обычно бывает при перемежающейся лихорадке» (лат. — *Примеч. перев.*). — Ibid., p. 27.

[2] Le Brun, *Traité historique sur les maladies épidémique* (Paris, 1776), p. 1.

осложненной потницей и желтушной горячечной лихорадкой в течение осени. К концу данного периода и в течение зимы 1769/70 года это состояние выродилось в гнилостную желтуху»[1]. Близкие патологические формы объединены, но для сложной игры пересечений, где они занимают место, аналогичное месту симптома по отношению к болезни. Сущностная основа определена моментом, местом и этим «воздухом живым, острым, легким, пронизывающим»[2], какой отмечается зимой в Ниме, либо другим — липким, густым и гнилостным, каким известен Париж во время долгого и тяжелого лета[3].

Регулярность симптомов не дает проявиться во всей филигранности мудрости природного порядка; она говорит лишь о постоянстве причин, упорстве фактора, всегда повторяющееся глобальное давление которого определяет преимущественную форму проявлений. Когда речь идет о причине, сохраняющейся во времени и провоцирующей, например, колтун в Польше, золотуху в Испании, тогда более охотно начинают говорить об эпидемических заболеваниях. Когда же речь идет о причинах, которые «внезапно настигают большое количество людей в одном и том же месте без различий возраста, пола и темперамента, тогда они представляют действие общей причины. Но так как эти болезни преобладают лишь ограниченное время, то эта причина может рассматриваться как чисто случайная»[4]. Так, оспа, злокачественная лихорадка или дизентерия суть эпидемии в собственном смысле слова. Нет ничего удивительного в том, что, несмотря на огромное разнообразие пораженных субъектов, их предрасположенности или возраста, болезнь обнаруживается у всех одними и теми же симптомами: это сухость или влажность, жар или озноб, очевидные с момента действия одного из наших определяющих принципов: алкалоза, солей, флогистона. «Таким образом, мы предоставлены случаям, использующим этот

[1] Lepeco de La Cloture, *Collection d'observations sur les maladies et constituons épidémiques* (Rouen, 1778), p. XIV.

[2] Razoux, *Tableau nosologique et météorologique* (Bâle, 1787), p. 22.

[3] Menuret, *Essai sur l'histoire médico-topographique de Paris* (Paris, 1788), p. 139.

[4] Banan et Turben, *Mémoires sur les épidémies de Languedoc* (Paris, 1786), p. 3.

принцип, и эти случаи должны быть неизменными у различных субъектов»[1].

Анализ эпидемий предназначается не для опознания общей формы болезни, размещаемой в абстрактном пространстве нозологии, но для того, чтобы обнаружить за общими знаками частные процессы, изменяющиеся в зависимости от обстоятельств от одной эпидемии к другой и которые по причине болезненности ткут общую, но особенную в данный момент времени и в данном месте пространства основу для всех больных. Париж в 1785 году узнал четырехдневную лихорадку и гнилостную горячку, но сущность эпидемии — это «желчь, высыхающая в своих проводящих путях и превратившаяся в меланхолию, загустевшая кровь, ставшая вязкой, и засорившиеся органы, располагающиеся ниже желудка, ставшие причиной или местом закупорки»[2]. Короче, нечто вроде глобальной особости многоголового существа, черты которого, кажется, лишь однажды проявляются во времени и пространстве. Специфические болезни всегда более или менее повторяемы, эпидемия — никогда.

В этой структуре восприятия проблема заразности имеет относительно малое значение. Заражение от одного человека к другому — ни в коем случае не суть эпидемии. Она может, в форме ли «миазма», или «закваски», сообщаясь с водой, пищей, прикосновением, ветром, спертым воздухом, обусловливать одну из причин эпидемии: либо прямо и первично (когда она выступает единственной действующей причиной), либо вторично (когда ее миазм производится в городе либо госпитале эпидемической болезнью, вызванной другим фактором). Но заражение есть лишь одна из форм общего факта эпидемий. Легко допустить, что такие злокачественные болезни, как чума, имеют причиной трансмиссию, труднее ее обнаружить для простых эпидемических заболеваний (коклюш, краснуха, скарлатина, желтушная диарея, перемежающаяся лихорадка)[3].

Будучи заразной или нет, эпидемия имеет исторические особенности. Отсюда — необходимость использования сложного метода наблюдения. Как коллективный феномен,

[1] Le Brun, *loc. cit.*, p. 66, n. 1.
[2] Menuret, *loc. cit.*, p. 139.
[3] Le Brun, *loc. cit.*, p. 2–3.

она требует множественности взгляда; как единый процесс — ее необходимо описывать с точки зрения того, что в ней есть единичного, особенного, случайного, неожиданного. Нужно переписывать события вплоть до деталей, но переписывать соответственно предполагающейся множественности. Неточное знание, малообоснованное в той мере, в какой оно является парциальным, не способно самостоятельно достичь сущности или фундаментальности; оно обретает свой истинный объем лишь в перекрывании перспектив, в повторяемой и очищенной информации, которая в конце концов вышелушивает там, где взгляды перекрещиваются, индивидуальное и единое ядро этих коллективных феноменов. В конце XVIII века происходит институализация этой формы опыта: в каждом финансовом округе врач и несколько хирургов обязывались интендантом следить за эпидемиями, могущими происходить в их кантоне. Они находятся в переписке с главными врачами финансовых округов по поводу «как преобладающей болезни, так и медицинской топографии их кантонов». Когда четыре или пять человек заболевали одной и той же болезнью, исполнительное лицо должно было предупредить субинтенданта, который направлял врача с целью назначения лечения, применявшегося ежедневно хирургами. В более тяжелых случаях сам врач финансового округа должен был отправиться на места[1].

Но этот опыт может достичь своего истинного значения, лишь если он дублируется постоянным и принудительным вмешательством. Невозможно было бы создать эпидемическую медицину, не дублированную полицией: наблюдать за размещением свалок и кладбищ, добиваться как можно более частой кремации трупов на месте их погребения, контролировать торговлю хлебом, мясом и вином[2], регламентировать деятельность скотобоен, красилен, закрывать вредные для здоровья места проживания. Нужно было бы, перед детальным изучением территории в целом, установить для каждой провинции правила регулирования здоровья, зачитывая их «на проповеди, мессе, во все воскресенья и праздники», правила, которые описывали бы

[1] Anonyme, *Description des épidémie qui ont régné depuis quelques années sur la généralité de Paris* (Paris, 1783), p. 35–37.

[2] Le Brun, *loc. cit.*, p. 217–232.

способы питания, ношения одежды, с целью избегнуть болезней, предвидеть их или излечиться от тех, что уже появились. «Эти заповеди должны стать как молитвы, чтобы даже самые невежественные лица и дети смогли бы их повторить»[1]. Необходимо было создать корпус санитарных инспекторов, которых следовало распределить по различным провинциям, доверив каждому четко очерченный департамент», где он должен вести наблюдение в областях, касающихся медицины, а также физики, химии, естественной истории, топографии, астрономии. Они должны были предписывать необходимые меры и контролировать работу врачей: «Следовало бы надеяться на то, что государство озаботится формированием такого рода врачей-физиков и что оно сэкономит все расходы, вовлекая их во вкус свершения полезных открытий»[2].

Эпидемическая медицина противостоит классификационной, как коллективное восприятие глобального, но уникального и никогда не повторяющегося феномена может противостоять индивидуальному восприятию того, чья сущность постоянно проявляется в себе самой и своей идентичности во множестве феноменов. Анализ серии через случай, расшифровка одного типа в другом, объединение времени при эпидемии, определение иерархического места в типологическом случае, установление последовательности — есть поиск сущностного соответствия. Тонкое восприятие сложного исторического и географического пространства есть определение гомогенной поверхности, где вычитываются аналогии. И все же, в конце концов, когда речь идет об этих третичных фигурах, которые должны распределять болезнь, медицинский опыт и социальный контроль медицины, эпидемическая и типологическая патология сталкиваются с одним и тем же требованием: определения политического статуса медицины и установления на уровне государства медицинского сознания, озабоченного постоянной задачей информирования, контроля и принуждения. Все, что «понимается как относительная задача полиции в той же мере является специфическим средством медицины»[3].

[1] Anonyme, *Description des épidémies*, p. 14–17.
[2] Le Brun, *loc. cit.*, p. 124.
[3] Ibid., p. 126.

Здесь начало Королевского медицинского общества и его непреодолимого конфликта с Факультетом. В 1776 году правительство решает создать в Версале комиссию, ответственную за изучение эпидемических и эпизоотических феноменов, участившихся за предшествующие годы. Поводом для этого послужил падеж скота на юго-западе Франции, заставивший Генерального финансового контролера издать приказ о забое всех подозрительных животных, что вызвало достаточно тяжелые экономические неурядицы. Декрет от 29 апреля 1776 года объявляет в своей преамбуле, что эпидемии, «пагубные и деструктивные с самого начала из-за малоизвестных особенностей, не позволяют быть уверенными в выборе предписываемого лечения. Неуверенность порождает плохое лечение и требует описания и изучения симптомов разных эпидемий, а также необходимых методов терапии, имеющих наибольший эффект». Комиссия сыграет тройную роль: сбора информации для того, чтобы быть в курсе различных эпидемических событий; обработки и сопоставления фактов, регистрации используемых средств, организации исследований; контроля и предписания с указанием лечащим врачам методов, которые представлялись лучше всего адаптированными. Комиссия состояла из восьми врачей: директора, ответственного за «работы, связанные с эпидемиями и эпизоотиями» (де Лассон), генерального комиссара, осуществлявшего связь с провинциальными врачами (Вик д'Азир), и шести врачей Факультета, посвятивших себя работе на сходные темы. Финансовый контролер мог направить их для сбора информации в провинцию и потребовать составления отчета. Наконец, Вик д'Азир становится ответственным за курс анатомии человека и сравнительной анатомии для других членов комиссии, врачей Факультета и «студентов, того достойных»[1]. Таким образом устанавливается двойной контроль: политического воздействия на врачевание и привилегированного медицинского органа на сообщество практикующих врачей.

Вскоре разражается конфликт с Факультетом. В глазах современников — это столкновение двух организаций: одной — современной и поддерживаемой политически, дру-

[1] Cf. *Précis historique de l'établissement de la Societé royal de Médicine* (анонимный автор — Буссю).

гой — архаической и замкнутой в самой себе. Один из сторонников Факультета таким образом описывает свое несогласие: «Один (Факультет) — древний, респектабельный с точки зрения всех званий в глазах представителей общества, которым он дал образование; другой — современная организация, члены которой предпочли, в связи с ее административным учреждением министрами Короны, покинуть Ассамблею Факультета и которых общественное благо и их клятвы должны были удержать от того, чтобы достичь карьеры с помощью интриг»[1]. В течение трех месяцев под видом протеста Факультет «бастовал»: он отказывался выполнять свои функции, а его члены — консультировать. Но исход с самого начала был предрешен, так как Совет поддерживает новый комитет. Уже начиная с 1778 года были зарегистрированы жалованные грамоты, удостоверяющие его трансформацию в Королевское медицинское общество, и Факультет не мог использовать «никакого способа защиты». Общество получило 40 000 ливров привилегированной ренты от использования минеральных вод, тогда как Факультету досталось едва 2000[2]. Роль Общества без конца возрастала: будучи органом контроля за эпидемиями, оно становится мало-помалу местом централизации науки, регистрирующей и решающей инстанцией для всех областей медицины. В начале Революции Финансовый комитет Национальной ассамблеи также подтверждает его статус: «Цель этого общества — объединение французской и иностранной медицины с помощью полезной переписки, сбор разрозненных наблюдений, их сохранение, сопоставление и в особенности — исследование причин болезней народа, подсчет рецидивов, установление наиболее эффективных снадобий»[3]. Общество объединяло уже не только врачей, посвятивших себя исследованию патологических коллективных феноменов, оно стало официальным органом *коллективного сознания* патологических феноменов, сознания, которое разворачивается как на эмпирическом уровне и в космополитической форме, так и в пространстве нации.

---

[1] Retz, *Exposé succinct à l'Assamblée Nationale* (Paris, 1791), p. 5–6.

[2] Cf. Vacher de la Feuterie, *Motif de la réclamation de la réclamation de la Faculté de Médecine de Paris contre l'etablissement de la Société royale de Médicine.*

[3] Cité *in* Retz, *loc. cit.*

Это событие имеет выдающееся значение для фундаментальных структур. Новая форма опыта, общие направления которого, сформированные около 1775–1780 годов, будут прослеживаться довольно долго, чтобы пронести через Революцию, вплоть до Консулата, проекты реформы. Из всех этих планов была реализована, без сомнения, лишь малая часть, и все же форма медицинского восприятия, которую они содержали, была одной из составляющих клинического опыта.

Новый стиль обобщения. Трактаты XVIII века, Установления, Афоризмы, Нозологии помещали медицинское знание в закрытое пространство: сформированная таблица вполне могла быть не завершена в деталях, затуманена в тех или иных пунктах незнанием, но в своей основной форме все же была исчерпывающей и закрытой. Теперь ее заменили открытыми и бесконечно продолжаемыми таблицами. Хотезьерк уже дал этому пример, когда по просьбе Шуазеля предложил для врачей и военных хирургов план коллективной работы, включавший четыре параллельные и неограниченные серии: топографические исследования (местные условия, почва, вода, воздух, общество, темперамент обитателей), метеорологические наблюдения (давление, температура, направление ветра), анализ эпидемий, преобладающих болезней, описание необычных случаев[1]. Тема энциклопедии предусматривает место для стабильной и постоянно проверяемой информации, или скорее речь идет об обобщении событий и их детерминации, чем о заключении знания в систематическую форму: «Насколько же верно, что существует цепь, которая связывает во вселенной, на земле и в человеке все живые существа, все тела, все недуги; цепь, своей тонкостью обманывающая поверхностные взгляды мелочного экспериментатора и холодного рассуждателя, открываясь истинному гению наблюдателя»[2]. В начале Революции Контен предлагает, чтобы информационная работа обеспечивалась в каждом департаменте комиссией, избираемой среди врачей[3]. Матье Жеро требует создания в каждом главном городе округа «государствен-

[1] Hautesierck, *Recueil d'observations de médecine des Hôpitaux militaires* (Paris, 1766), t. I, p. XXIV–XXVII.

[2] Menuret, *Essai sur l'histoire médico-topographique de Paris*, p. 139.

[3] Cantin, *Projet de réforme adresse à l'Assamblée National* (Paris, 1790).

ного санитарного дома» и «гигиенического суда», подобного парижскому, находящемуся при Национальной ассамблее, централизующему информацию, сообщая ее от одного пункта страны к другому, интересуясь вопросами, остающимися неясными, и намечая необходимые исследования[1].

То, что составляет теперь единство медицинского взгляда, — это не круг знания, в котором он завершен, но открытое, бесконечное, подвижное, без конца перемещающееся и обогащающееся временем обобщение, в котором он начинает свой путь без возможности когда-либо остановиться, уже, например, в чем-то вроде клинической регистрации бесконечной и изменчивой серии событий. Но то, на чем оно основывается, — это не восприятие болезни в ее особенности, но коллективное сознание всей информации, которая перекрывается, разрастаясь в сложную переплетающуюся крону, произрастающую к тому же в пространстве истории, географии, государства.

Для классификаторов фундаментальным актом медицинского знания было установление местоположения: разместить симптом в болезни, болезнь — в специфической группе и ориентировать последнюю внутри общего плана мира патологии. В анализе конституции и эпидемии речь идет об установлении серийной сети, которая, пересекаясь, позволяет реконструировать ту цепь, о которой говорил Менюре. Разу проводил ежедневные метеорологические и клинические наблюдения, которые он сопоставлял, с одной стороны, с нозологическим анализом наблюдаемых болезней, а с другой — с развитием, кризисами и исходом болезней[2]. Система совпадений проявлялась в этом случае, обозначая каузальную основу и давая основания предположить связь с родственными болезнями или новое развитие. «Если что-либо способно улучшить наше искусство, — отмечал сам Соваж в письме к Разу, — то это исследование, подобное тому, что выполнялось в течение пятидесяти лет тридцатью врачами столь же тщательными, сколь и трудолюбивыми. Я постараюсь, чтобы несколько докторов про-

[1] Matieur Géraud, *Projet de décret à rendre sur l'organisation civile des médecins* (Paris, 1791), n. 78–79.

[2] Razoux, *Tableau nosologique et météorologique adressé à l'Hôtel-Dieu de Nîmes* (Bâle, 1761).

вели подобное наблюдение в нашем Отель-Дье»[1]. То, что определяет акт медицинского познания в его конкретной форме, — это не встреча врача и больного, не противостояние знания и восприятия, а систематическое пересечение множества серий информации, гомогенных, но чуждых друг другу — множества серий, разворачивающих бесконечную совокупность отдельных событий, проверка которых выделяет *индивидуальный факт* в его изолированной зависимости.

В этом движении медицинское сознание раздваивается: оно существует на непосредственном уровне, в порядке непосредственной констатации, но продолжается на высшем уровне, где оно констатирует строение, сопоставляет его и, сворачиваясь перед спонтанным знанием, объявляет свое совершенно суверенное суждение и свое знание. Оно становится централизованным. Общество демонстрирует его в узком потоке установлений. В начале Революции изобилуют проекты, схематизирующие эту двойственность и настоятельную необходимость медицинского знания с постоянным, взаимообратимым движением от одного к другому, сохраняющим эту дистанцию, постоянно просматривая ее. Матье Жеро желал, чтобы был создан Трибунал здравоохранения, где обвинитель выступал бы «в особенности против частных лиц, которые без проверки их способностей вмешиваются в лечение других людей, или не принадлежащих им животных, всех тех, кто прямо или косвенно применяет искусство врачевания»[2]. Решения этого Трибунала, посвященные злоупотреблениям, некомпетентности, профессиональным ошибкам, должны составлять юриспруденцию медицины. Речь идет о чем-то вроде полиции непосредственных знаний — контроля их законности. Со стороны суда необходим исполнитель, который будет «главой высшей полиции над всеми областями здравоохранения». Он будет предписывать книги для чтения и произведения, которые должны быть написаны, он будет отмечать после сбора информации средства, назначаемые при лечении господствующих заболеваний, публиковать исследования, выполненные под его контролем, или иностранные ра-

[1] Cité ibid., p. 14.
[2] Mathieu Géraud, *loc. cit.*, p. 65.

боты, которые должны быть поддержаны для просвещенной практики. Медицинский взгляд обращается, следуя автономному движению, внутри пространства, где он удваивается и сам себя контролирует. Он безраздельно распределяет в каждодневном опыте заимствование знаний, которыми владеет и которые делает одновременно и точкой накопления, и центром распространения.

В нем медицинское пространство совпадает с социальным или, скорее, его пересекает и полностью в него погружается. Начинает постигаться обобщенное присутствие врачей, чьи пересекающиеся взгляды образуют сеть и осуществляют во всех точках пространства и в каждый момент времени постоянное, лабильное и дифференцированное наблюдение. Ставится проблема внедрения врачей на местах[1], поддерживается статистический контроль здоровья благодаря регистрации рождений и смертей (которые должны включать отметки о болезнях, образе жизни, причине смерти, придающих таким образом патологии гражданский статус). Требуется, чтобы реформа детально обосновывалась ревизионным советом, чтобы, наконец, была установлена медицинская топография каждого из департаментов «с тщательным обзором по регионам, местам обитания, популяции, преобладающим страстям, типам одежды, атмосферному составу, плодами земли, временем их созревания и сбора урожая, так же как и физического и нравственного воспитания местных обывателей»[2], и если внедрение врачей оказывается недостаточным, требуется, чтобы сознание каждого индивида было медицински бдительным. Необходимо, чтобы каждый гражданин признал бы необходимые и возможные медицинские знания, и каждый практикующий врач должен удвоить свою активность по наблюдению за ролью просвещения, ибо лучший способ избегнуть распространения болезней — это еще более распространить медицинские знания[3]. Место, где формирует-

[1] Cf. N.-L. Lespagnol, *Projet d'établir trois médecins par district pour le soulangement des gens de la campagne* (Charlevill, 1790); Royer, *Bienfaisance médical et projet financier* (Provins, an IX).

[2] J.-B. Demangeon, *Des moyens de perfectionner la médicine* (Paris, an VII), p. 5–9; cf. Audin Rouvière, *Essai sur la topographie physique et médicale de Paris* (Paris, an II).

[3] Bacher, *De la médecine considérée politiquement* (Paris, an XI), p. 38.

ся знание, — это уже не патологический сад, где Бог распределяет типы, это обобщенное медицинское сознание, распространенное во времени и пространстве, открытое и подвижное, связанное с каждым индивидуальным существованием и коллективной жизнью народа, всегда настороженное в областях неопределенных или неверных, скрывающих в самых разнообразных аспектах свою целостную форму.

В годы, предшествовавшие Революции и непосредственно следовавшие за ней, можно было наблюдать рождение двух великих мифов, темы которых полярны: миф национализированной медицинской профессии, организованной по клерикальному типу, внедренной на уровне здоровья и тела, с властью, подобной власти клириков над душами, и миф об исчезновении болезней в обществе, восстанавливающем свое исходное здоровье, где не будет потрясений и страстей. Противоречие проявлялось в двух схематизациях, не дававших реализоваться иллюзии: и одна, и другая из этих галлюцинаторных фигур выражали черное и белое одного и того же рисунка медицинского опыта. Две изоморфные мечты: одна позитивно рассказывающая о строгой, воинственной и догматической медикализации общества с помощью квазирелигиозной конверсии и внедрения терапевтического клира; другая, трактующая ту же медикализацию, но в победоносном и негативном стиле, то есть как сублимацию болезни в исправленной, организованной и постоянно наблюдаемой среде, где в конце концов медицина исчезнет вместе со своим объектом и основанием существования.

Один из прожектеров начала революции — Сабаро де Л'Аверньер — видел в священниках и врачах естественных наследников двух наиболее явных миссий Церкви: утешения душ и облегчения страданий, и, таким образом, необходимо, чтобы церковное достояние высшего духовенства было конфисковано с тем, чтобы вернуть его использование к истокам и отдать народу, который единственный знает собственные духовные и материальные нужды, а доходы были бы разделены между приходским кюре и врачами в равных долях. Не являются ли врачи духовниками тела? «Душа не должна рассматриваться отдельно от одушевленного тела, и если верховные служители священного прес-

ла почитаются и чувствуют со стороны государства надлежащее уважение, необходимо, чтобы те, кто занимается вашим здоровьем, также получали содержание, достаточное для того, чтобы быть сытыми и оказывать вам помощь. Они — ангелы-хранители целостности ваших способностей и ваших чувств»[1]. Врач не будет более требовать гонорара у тех, кого он лечит; помощь больным будет бесплатной и обязательной — народ обеспечит это как одну из своих священных задач, а врач при этом не более чем инструмент[2]. По окончании своего обучения молодой врач будет занимать пост не по своему выбору, а назначаться в соответствии с потребностями или вакансиями, в основном в сельскую местность, и когда он приобретет опыт, то сможет претендовать на более ответственное и высокооплачиваемое место. Он должен будет предоставлять отчет по инстанциям о своей деятельности и отвечать за свои ошибки. Став публичной и некорыстной контролируемой деятельностью, медицина должна бесконечно самосовершенствоваться, она соединится в утешении физических страданий со старым духовным предназначением Церкви, будучи сформированной в виде ее светской кальки. И армии священников, которые заботились о спасении души, станет соответствовать такая же армия врачей, которые будут заниматься телесным здоровьем.

Другой миф происходит из исторической рефлексии, доведенной до предела. Связанные с условиями существования и индивидуальным образом жизни, болезни варьируют вместе с эпохой и средой. В Средние века, в эпоху войн и голода, болезни проявлялись страхом и истощением (апоплексии, истощающие лихорадки), но в XVI–XVII веках, когда ослабло чувство Родины и обязанностей по отношению к ней, эгоизм обратился на себя, появилось стремление к роскоши и чревоугодию (венерические болезни, закупорки внутренних органов и крови). В XVIII веке начались поиски удовольствий через воображение, когда полюбили театры, книги, возбуждались бесплодными беседами, ноча-

[1] Sabarot de L'Avernière, *Vue de Législation médicale adressée aux Etats généraux* (1789), p. 3.

[2] У Menuret, *Essai sur le moyen de former de bons médecins* (Paris, 1791), можно найти идею о финансировании медицины из церковных доходов, но лишь в том случае, когда речь шла о нуждающихся.

ми бодрствовали, а днем спали — отсюда истерии, ипохондрия и нервные болезни[1]. Народы, живущие без войн, без жестоких страстей, без праздности, не знают этих зол. В особенности это касается наций, не знающих ни тирании, которой богатство подвергает нищету, ни злоупотреблений, которым оно предается. Богатые? — «В достатке и среди удовольствий жизни, их раздражительная гордость, их горькая досада, их злоупотребления и эксцессы, презрение всех принципов делают их жертвами всех видов недуга; к тому же их лица покрываются морщинами, волосы седеют, их косят преждевременные болезни»[2]. Когда бедные послушны деспотизму богатых и их властителей, они знают лишь налоги, доводящие их до нищеты, голод, выгодный спекулянтам, недород, располагают жилищами, принуждающими их «совершенно не заботиться об умножении семьи или лишь грустно зачинать слабых и несчастных существ»[3].

Итак, первая задача медицины — политическая. Борьба против болезней должна начинаться как война против плохого правительства. Человек может быть полностью и окончательно вылечен, лишь если он сначала будет освобожден: «Кто же должен разоблачать перед человеческим родом тиранов, как не врачи, с их уникальным знанием человека. Они постоянно находятся среди бедных и богатых, среди граждан и среди власть имущих, под соломой и лепниной, созерцая человеческую нищету, не имеющую других причин, нежели тирания и рабство»[4]. Чтобы быть политически эффективной, медицина не должна быть необходимой только для лечения, и в свободном наконец обществе, где неравенство исчезнет и воцарится согласие, врачу достанется лишь одна преходящая роль: дать законодателю и гражданину советы, чтобы привести в равновесие душу и тело. Не будет более нужды ни в академиях, ни в больницах: «Простые диетические правила, воспитывая граждан в умеренности, в особенности обучая молодых людей удовольствиям, которые дает суровая жизнь, заставляя дорожить самой строгой дисциплиной на флоте и в армии,

---

[1] Maret, *Mémoir où on cherche à déterminer quelle influence les mœurs ont sur le santé* (Amiens, 1771).

[2] Lanthenas, *De l'inftuance de la liberté sur la santé* (Paris, 1792), p. 8.

[3] Ibid., p. 4.

[4] Ibid., p. 8.

предотвратят болезни, сократят расходы и дадут новые средства... для самых великих и трудных предприятий». Мало-помалу в этом новом городе, совершенно преданном счастью собственного здоровья, лик врача сотрется, едва оставив в глубине людской памяти воспоминания о временах королей и того состояния, когда они были обнищавшими и больными рабами.

Все это не более чем мечты; сновидения о праздничном городе, о человечестве на открытом воздухе, где молодость обнажена и где старость не знает зимы; символ, близкий античной эпохе, к которому примешана тема природы, и где собрались бы самые ранние формы истины. Все эти истины будут вскоре отброшены[1].

И тем не менее они сыграли важную роль: связывая медицину с судьбами государств, они проявили ее позитивное значение. Вместо того чтобы оставаться тем, чем она была, «сухим и тоскливым анализом миллионов недугов», сомнительным отрицанием негатива, она достигает решения прекрасной задачи внедрения в человеческую жизнь позитивных фигур здоровья, целомудрия и счастья: перемежать работу празднествами, превозносить разумные страсти, надзирать за чтением и за нравственностью спектаклей, следить за тем, чтобы браки заключались не из одной только выгоды или преходящего увлечения, но основывались на единственном жестком условии счастья, которое служит пользе государства[2].

Медицина не должна больше быть лишь корпусом техник врачевания и необходимых умений; она станет развиваться также как знание о *здоровом человеке*, то есть одновременно об опыте *не больного человека* и определении *идеального человека*. В управлении человеческим существованием она занимает нормативное положение, авторизуя не только простое распространение советов о мудрой жизни, но оправдывая его для управления физическими и моральными связями индивида и общества, в котором он живет. Она располагается в этой пограничной зоне, но для

[1] Ланфенаса, жирондиста, включенного 2 июля 1793 года в проскрипционные списки, а затем вычеркнутого, Марат характеризовал как «скудного умом». Cf. Mathiez, *La Révolution française* (Paris, 1945), t. II, p. 221.

[2] Cf. Ganne, *De l'homme physique et moral, ou recherches sur les moyens de rendre l'homme plus sage* (Strasbourg, 1791).

нового независимого человека — в зоне некоего органического, размеренного счастья без страстей и напряжения. Она с полным правом вступает в общение с национальным порядком, мощью его вооруженных сил, плодовитостью народов, терпеливо приступая к своей работе. Ланфенас, этот никчемный мечтатель, дал медицине короткое, но действенное на протяжении всей истории определение: «Наконец медицина будет тем, чем она должна быть: знанием о естественном и социальном человеке»[1].

Важно определить, как и каким именно способом различные виды медицинского знания соотносятся с позитивными понятиями здоровья и нормы. Наиболее общим образом можно сказать, что до конца XVIII века медицина куда чаще ссылалась на здоровье, нежели на норму; она не опиралась на анализ «упорядоченного» функционирования организма. Чтобы найти, где происходят отклонения, за счет чего он «расстраивается», как он может быть восстановлен, она ссылалась скорее на качества силы, слабости, жидкости, которые утрачиваются из-за болезни и о восстановлении которых идет речь. В этой мере медицинская практика отводит большое место режиму, диете, короче, всем правилам жизни и питания, которые субъект принимает как собственные. В этой связи привилегия медицины на здоровье обнаруживает себя вписанной в возможность быть собственным врачом. Медицина XIX века, напротив, организовывалась по отношению к норме, нежели к здоровью; именно в соответствии с типом функционирования или органической структуры она формировала свои теории и предписывала вмешательство физиологического знания. Ранее маргинальное по отношению к медицине и чисто теоретическое (об этом свидетельствует Клод Бернар), оно становится сердцевиной всех медицинских рассуждений. Более того, престиж наук о жизни в XIX веке, роль образца, которую они выполнили, в особенности для наук о человеке, не примитивно связаны с понятным и легко передаваемым характером биологических концепций, но скорее с тем фактом, что эти концепции располагались в пространстве, глубина которого отвечала оппозиции здоровья и болезни. И когда будут говорить о жизни групп и обществ, о

[1] Lanthenas, *loc. cit.*, p. 18.

жизни рас или даже о «психологической жизни», то будут иметь в виду не только внутреннюю структуру *организованного существа*, но *медицинскую биполярность нормы и патологии*. Сознание является видимым потому, что оно может перемежаться, исчезать, отклоняться от своего течения, быть парализованным; общества живут, так как в них одни — чахнущие больные, а другие — здоровы; раса есть живое, но дегенерирующее существо, как, впрочем, и цивилизации, ибо можно было констатировать, сколько раз они умирали. Если науки о человеке появились как продолжение наук о жизни, то это может быть потому, что они были скрыто *биологизированными*, но также и *медикализированными*: без сомнения, с помощью частого переноса, заимствования и метафоризации науки о человеке использовали концепции, сформированные биологами; но сам объект, на исследование которого они направлены (человек, его поведение, его индивидуальное и социальное воплощение), реализуется все же в поле, разделенном по принципу нормы и патологии. Отсюда особенный характер наук о человеке, неспособных оторваться от негативности, где они появились, но связанных также и с позитивностью, которую они имплицитно включают как норму.

ГЛАВА III

СВОБОДНАЯ ОБЛАСТЬ

Оппозиция между медициной патологических типов и медициной социального пространства из-за слишком очевидных достоинств в глазах современников была избавлена от общих для них последствий: она оказалась вне круга медицинских институций, формировавших непрозрачность перед лицом новых требований взгляда. На самом деле нужно было создать совершенно открытое поле медицинского опыта, с тем чтобы естественная потребность в типологии могла в нем проявиться без остатка и путаницы; требовалось, чтобы оно в достаточной мере было представлено в своей целостности и объединенности, позволяя сформироваться верному, исчерпывающему и постоянному знанию о здоровье населения. Это поле, восстановленное в своей исходной истинности и обозреваемое взглядом во всей своей полноте без преград и искажений, аналогично, как минимум в своих первых формулировках, скрытой геометрии социального пространства, о которой мечтала Революция: однородная конфигурация, устанавливающая в каждой из своих частей ансамбль эквивалентных чувствительных точек, способных поддерживать в своей совокупности постоянные связи; пространство свободного передвижения, где связь частей с целым может быть всегда транспонируема и обратима.

И все же существует феномен совпадения требований *политической идеологии* и *медицинской технологии*. В едином порыве врачи и государственные чиновники требовали, иногда в сходных словах, но на различным образом укорененных основаниях, упразднения всего, что могло мешать установлению нового пространства: больниц, которые искажали специфические законы, управляющие болезнью, и которые нарушали не менее строгие законы, определяющиеся связью собственности и богатства, нищеты и труда; врачебных корпораций, мешавших образованию централизованного медицинского знания и свободной игре безграничного опыта, доходящей до пределов Вселенной; нако-

нец, Факультетов, признающих истину лишь как теоретическую структуру и придающих знанию социальные привилегии. Свобода должна сокрушить все преграды, противостоящие живой силе правды. Необходимо создать мир, где взгляд, свободный от всех помех, будет подчинен лишь непосредственным законам истины, но взгляд не просто верный и подчиненный истине без страховки независимым управлением: взгляд, который видит, есть взгляд, который доминирует; и если он также умеет подчиняться, он руководит своими учителями: «Это деспотизм требует невежества, а свобода, сияющая славой, может существовать лишь окруженная всем просвещением, которое может озарить людей. Только во время сна народов среди них может устанавливаться и приживаться тирания... Сделайте другие народы зависимыми не от вашего политического авторитета, не от вашего правительства, но от ваших талантов и вашего просвещения... существует единственная диктатура над людьми, ярмо которой совершенно не претит склоняющемуся перед ней: это диктатура гения»[1].

Идеологической темой, ориентирующей все реформы медицинских структур с 1789 до II года Термидора, была тема суверенной свободы истины: величественное насилие Просвещения, бывшее своим собственным господином, упразднило темное царство привилегированных знаний и установило безграничную империю взгляда.

1. Обсуждение больничных структур

Комитет по бедноте Национальной ассамблеи придерживался одновременно идей экономистов и врачей, полагавших, что единственно возможное место исправления болезней — это естественная среда социальной жизни, то есть семья. В ней стоимость болезни для общества сведена к минимуму. Кроме того, в ней исчезает риск усложнения ее уловок, ее самоумножения и перехода в больницах в форму «болезни болезней». В семье болезнь находится в «естественном» состоянии, то есть согласуется с собственным естеством и свободно предоставлена регенерирую-

[1] Boissy d'Anglas, *Adresse à la Convention 25 pluviôse an II*. Cité *in* Guillaume, *Procès-verbaux du Comité d'Instruction publique de la Convention*, t. II, p. 640–642.

щим силам природы. Взгляд близких обращает на нее живую силу доброжелательности и сдержанного ожидания. В свободно наблюдаемой болезни есть нечто, ее компенсирующее: «Несчастье... возбуждает своим присутствием благотворное сострадание, рождает в сердцах людей настоятельную нужду принести облегчение и утешение; уход, предоставляемый несчастным в их собственном убежище, использует этот изобильный источник блага, расточающий особую благодать. А бедняк, находящийся в больнице? Все эти источники исключены для него...»[1] Без сомнения, существуют больные, совсем лишенные семьи или столь бедные, что живут «набившись в чердаки». Для таких необходимо создавать «коммунальные дома больных», которые должны функционировать как заменители семьи и взаимно распространять сострадающий взгляд; отверженные найдут также «среди компаньонов существ, похожих на них, естественным образом сочувствующих, для которых они по крайней мере не будут совсем чужими»[2]. Таким образом, болезнь найдет в любом месте свое естественное или квазиестественное место: она обретет там свободу следовать своему течению и раскрыться в своей истинной сущности.

Но идеи Комитета по бедноте объединились также с темой социального сознания и централизации болезни. Если семья близка несчастным по долгу *естественного* сострадания, народ близок им по долгу *социальной и коллективной* помощи. Больничные учреждения, совершенно неподвижные и создающие бедность их собственной инертностью, должны исчезнуть, но всегда подлежать мобилизации к выгоде национального благосостояния, чтобы обеспечить каждому необходимую помощь. Государство же должно «отчуждать от своего дохода» больничную собственность, объединяя ее затем в «общую массу». Будет создана центральная администрация, ответственная за распоряжение этой массой; она будет сформирована как постоянное медико-экономическое сознание нации; она будет заниматься универсальным восприятием каждой болезни и непосредственным изучением всех нужд. Недреманное око нищеты будет ответственно за тщательное «выделение необходи-

[1] Bloch et Tutey, *Procès-verbaux et rapports du Comité de Mendicité* (Paris, 1911), p. 395.

[2] Ibid., p. 396.

мых и совершенно достаточных сумм для помощи несчастным». Оно будет финансировать «коммунальный дом» и распределять специальную помощь семьям бедняков, которые самостоятельно ухаживают за своими больными.

Две проблемы привели проект к неудаче. Одна — связанная с отчуждением больничного имущества — имела политическую и экономическую природу. Другая — медицинской природы — имела отношение к сложным и заразным заболеваниям.

Законодательное собрание отказывается от принципа национализации имущества, оно предпочитает просто собирать налоги, предназначая их для основания помощи. Не следовало более доверять одной центральной администрации заботу о распоряжении ими, она оказалась бы слишком сложна, слишком далека и из-за этого бессильна отвечать на нужды. Знание болезни и нищеты, чтобы быть непосредственным и эффективным, должно быть географически специфицированным, и Законодательное собрание в этой области, как и во многих других, отказалось от централизма Учредительного собрания в пользу рыхлой системы английского типа: местные администрации, ответственные за создание основных промежуточных пунктов, должны быть в курсе потребностей и сами распределять доходы, формируя множественную сеть надзора. Так был найден принцип коммунализации помощи, к которому Директория окончательно примкнет.

Но децентрализованная и смешанная с местными учреждениями помощь не могла более выполнять карательных функций: нужно было отделить проблему помощи от проблемы подавления. Тенон в своих заботах об урегулировании вопроса о клиниках Бисетр и Сальпетриер хотел, чтобы Законодательное собрание создало Комитет по делам «госпиталей и домов заключения», в чьем ведении были бы больничные учреждения, тюрьмы, проблемы бродяжничества и эпидемий. Законодательное собрание возражало, что это значит «некоторым образом унизить низшие классы, смешивая на равных основаниях уход за обездоленными и надзор за преступниками»[1]. Знание о болезни и по-

[1] Cité *in* Imbert, *Le droit hospitalier sous la Révolution es l'Empire* (Paris, 1954), p. 52.

мощь, которая должна оказываться бедным, получают собственную автономию. Они адресуются теперь одному типу специфически беспомощного состояния. Соответственно, врач начинает играть решающую роль в организации помощи. На социальной ступени, где он располагается, он начинает определять нужды, судить об их природе и уровне необходимой помощи. Децентрализация средств помощи авторизует медикализацию ее выполнения. В этом можно опознать идею, близкую Кабанису, идею врача — должностного лица, которому город должен вверять жизнь людей, вместо того чтобы «оставлять ее на милость циркачей и кумушек». Это он должен судить, что «жизнь власть имущих и богатых не более драгоценна, чем жизнь слабых и неимущих», и это он, наконец, сумеет отказать в помощи «общественным злодеям»[1]. Кроме своей роли медицинского техника он играет экономическую роль в распределении помощи, моральную и квазисудебную роль в ее присуждении — и вот уже появляется «надзиратель за моралью как за общественным здоровьем»[2].

В этой конфигурации, где медицинские инстанции умножаются, чтобы лучше обеспечить текущее наблюдение, больницы должны обрести свое место. Они необходимы больным без семей, но также в случаях заразных, тяжелых, сложных, «экстраординарных» болезней, с которыми врачи не сталкиваются в своей ежедневной практике. Здесь также видно влияние Тенона и Кабаниса. Больница, которая в своем самом общем виде есть лишь стигмат нищеты, появляется на местном уровне как необходимая мера защиты. Защиты здоровых людей от болезни, защиты больных от невежественной практики: необходимо «защитить народ от его собственных ошибок»[3], защитить одних больных от других. То, что Тенон предлагал, — это дифференцированное больничное пространство. Дифференцированное по двум принципам: «образовательному», предлагающему каждой больнице одну категорию больных или одну группу болезней, и «распределительному» — определяющему внутри больницы порядок ведения, «чтобы упорядочить типы больных, которых они согласс-

[1] Cabanis, *Du degré de certitude de la médecine* (Paris, 1819), p. 135, 154.
[2] Ibid., p. 146, n. 1.
[3] Ibid., p. 135.

ны принимать»[1]. Таким образом, семья, естественное место болезни, дублируется другим пространством, которое должно воспроизводить как микрокосм конфигурацию мира патологии. Там, под наблюдением врача, болезни будут группироваться по порядку, по родам и классам в рациональную область, восстанавливающую исходное распределение сущностей. Итак, больница позволяет «так классифицировать больных, что каждый находит то, что соответствует его состоянию, без утяжеления за счет соседства с болезнями других, без заражения, будь то больничного, будь то внешнего»[2]. Болезнь обретает здесь как свою высшую точку, так и вынужденное местопребывание своей истинности.

В проектах Комитета по помощи были, таким образом, соположены две инстанции: обычная, заключающая в себе текущее наблюдение за социальным пространством через распределение помощи посредством системы сильно медикализированных местных пунктов, и экстраординарная, определяющая прерывное, исключительно медицинское пространство, структурированное по модели научного знания. Болезнь помещалась в двойную систему наблюдения: одна точка зрения смешивала и растворяла ее в совокупности социальных невзгод, требующих изживания, другая — изолировала ее, чтобы лучше выделить ее истинную природу.

Законодательное собрание оставило Конвенту две нерешенные проблемы: собственности больничного имущества и новую проблему больничного персонала. 18 августа 1792 года Собрание объявило «все религиозные корпорации и гражданские конгрегации мужчин и женщин, духовные и светские»[3] распущенными. Но большая часть больных содержалась религиозными орденами или, как Сальпетриер, — светскими организациями, построенными по квазимонастырской модели, поэтому декрет добавлял: «Тем не менее в больницах и домах призрения те же люди продолжат уход за больными и лечение больных в индивидуальном порядке под наблюдением муниципального и административного персонала вплоть до окончательной ор-

[1] Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux* (Paris, 1788), p. 359.
[2] Ibid., p. 354.
[3] J.-B. Duvergier, *Collection complète des lois...*, t. IV, p. 325.

ганизации, которую Совет по помощи незамедлительно представит Национальному собранию». В действительности, вплоть до Термидора, Конвент мыслил о проблемах помощи и больниц главным образом в терминах ликвидации. Скорейшей ликвидации государственной помощи требовали жирондисты, боявшиеся политического оформления наиболее бедных классов в Коммуны в случае предоставления возможности распределения помощи. Для Роланда система физической помощи «наиболее опасна»: без сомнения, благодеяние может и должно оказываться «частным образом, но правительство не должно в это вмешиваться, оно будет обмануто, не сможет помочь или поможет плохо»[1]. Отмены больниц требовали монтаньяры, воспринимавшие их как институализацию нищенства; одной из задач революции было уничтожить их, делая бесполезными. По поводу одного из госпиталей, предназначенных «страдающему человечеству», Лебон спрашивал: «Нужно ли, чтобы там находилась для страдания некая часть человечества? ...Так разместим же над дверями этих приютов надписи, извещающие об их скором исчезновении. Так как если революция закончится, а среди нас еще будут несчастные, наши революционные усилия будут напрасными»[2]. И Барер в дискуссии о законе от 22 флореаля II года выдвинул знаменитую формулу: «Чем больше милостыни, тем больше больниц».

С победой монтаньяров эта идея повлекла за собой организацию государством общественной помощи и в более или менее отдаленные сроки — полную отмену госпитальных учреждений. Конституция II года объявляет в своей Декларации прав, что «общественная помощь есть священный долг», закон от 22 флореаля предписывает создание «свода национальной благотворительности» и организацию системы помощи на местах. Он предполагал создание домов здоровья лишь для «больных, совершенно не располагающих жильем или не могущих получать в нем помощь»[3]. Национализация больничной собственности — принцип, который был принят начиная с 19 марта 1793 года, но реа-

---

[1] *Archives parlementaires*, t. LVI, p. 646; cité *in* Imbert, *Le droit hospitalier sous la Révolution et l'Empire*, p. 76, n. 29.

[2] Ibid., p. 78.

[3] Закон от 19 марта 1793 года.

лизация которого должна была быть задержана до «полной, окончательной и множественной организации общественной помощи», — стала незамедлительно выполняться после закона от 23 мессидора II года. Больничное имущество будет продано наряду с национальным имуществом с помощью казначейства. Кантональные агентства будут отвечать за распределение необходимой помощи по месту жительства. Итак, начала осуществляться, если не в реальности, то по меньшей мере на уровне законодательства, великая мечта о всеобщей дегоспитализации болезней и нищеты. Бедность — это экономическое состояние, содействие которому должно осуществляться в той мере, в какой оно существует, болезнь — это индивидуальное несчастье, необходимый уход за жертвой которого должна осуществлять семья. Больницы — анахроническое решение, не отвечающее реальным нуждам нищеты, клеймящее своей убогостью больного человека. Он должен достигнуть в семье идеального состояния, когда человеческое существо не будет более надорвано мучительной работой и не будет знать больницы, провожающей его к смерти. «Человек не создан ни для ремесла, ни для больницы, ни для богадельни: все это отвратительно»[1].

2. ПРАВО НА ПРАКТИКУ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Декрет Марли, принятый в марте 1707 года, регулировал на протяжении всего XVIII века врачебную практику и медицинское образование. Тогда речь шла о борьбе с шарлатанами, знахарями и «людьми без дипломов и способностей, практиковавших в медицине»; соответственно, нужно было реорганизовать Факультеты, впавшие после многих лет в «глубочайшую дряхлость». Было предписано, что врачи впредь должны обучаться во всех университетах королевства, где есть или были Факультеты; кафедры, вместо того чтобы бесконечно оставаться вакантными, по мере освобождения открывали бы конкурсы; что студенты могли бы получать свою степень не ранее трех лет обучения, подтвержденного записями на лекции каждые четыре месяца;

[1] Saint-Just, *in* Buchez et Roux, *Histoire parlementaire*, t. XXXV, p. 296.

каждый год они должны подвергаться экзаменам перед тем, как им присуждают звание бакалавра, лиценциата или доктора; они должны обязательно посещать курсы анатомии, химической и галеновской фармации и демонстрации лечебных растений[1]. Эти условия в качестве принципа были положены в основу 26-й статьи Декрета: «Никто не может ни практиковать в медицине, ни давать каких-либо снадобий, будь то даже бесплатно, если он не получил степени лиценциата». Далее речь идет о том, что стало основным следствием и что было оплачено медицинскими Факультетами ценой их реорганизации, а именно о том, что «все нищенствующие или не нищенствующие монахи подпадают или находятся под запрещением предыдущей статьи»[2]. В конце века критики были единодушны по крайней мере в отношении четырех пунктов: шарлатаны продолжают процветать, каноническое образование, даваемое Факультетами, более не отвечает ни нуждам практики, ни новым открытиям (обучали лишь теории, не были предусмотрены ни математика, ни физика); было слишком много Медицинских школ, чтобы можно было обеспечить везде достаточно высокий уровень обучения; в них царило взяточничество (кафедры добывались как посты; профессора давали платные курсы; студенты покупали экзамены и заказывали свои диссертации неимущим врачам), что делало медицинское обучение крайне дорогим, тем более что для того, чтобы специализироваться в практической области, новоиспеченный врач должен был посещать разборы известного практика, которому нужно было за это платить[3]. Революция оказывается, таким образом, между двумя сериями притязаний: одни в пользу более жесткого ограничения права врачевания, другие в пользу более строгого университетского курса. Однако и те и другие противятся любым реформам, приводящим к упразднению гильдий, корпораций и закрытию университетов.

---

[1] Статьи 1, 6, 9, 10, 14 и 22.

[2] Статьи 26 и 27. Полный текст декретов Марли; цит. по: Gilibert, *L'anarchie médicinale* (Neuchâtel, 1772), t. 2, p. 58–118.

[3] См. по этому поводу работу Gilibert, цитированную выше; Thiery, *Vœux d'un patriote sur la médecine en France* (1789): этот текст, будучи написанным в 1750 году, был опубликован Генеральными штатами только случайно.

Отсюда напряжение между требованиями реорганизации знаний, такими как отмена привилегий и эффективное наблюдение за здоровьем нации. Как свободный взгляд медицины и через нее — правительства, который должен быть устремлен на граждан, может быть вооружен знанием и компетенцией без того, чтобы не впасть в эзотеризм знания и жесткость социальных привилегий?

Первая проблема: может ли медицина быть свободной профессией, не защищенной никаким корпоративным законом, никаким запретом на практику, никакой привилегией компетенции? Может ли медицинское сознание нации быть столь же спонтанным, как политическое или нравственное сознание? Врачи защищают свои корпоративные права, подчеркивая, что они заботятся не о привилегии, но о сотрудничестве. Медицинское сословие отличается, с одной стороны, от политических сословий тем, что оно не старается ограничить свободу других, налагая на граждан законы и обязанности; оно вводит императив лишь по отношению к себе самому, «его юрисдикция заключена в его лоне»[1], но оно отличается также и от других профессиональных сословий тем, что стремится не поддерживать темные права и обычаи, но сопоставлять и обсуждать знание. Без организующего органа познание угасает при своем зарождении, опыт отдельного человека теряется для всех. Врачи, объединяясь, неявно клянутся: «Мы хотим укреплять себя всеми нашими знаниями; слабость кого-либо среди нас исправляется силой других; собираясь вместе под совместным надзором, мы стимулируем бесконечное соревнование»[2]. Медицинское сословие критикует себя более, нежели защищает, и поэтому оно необходимо, чтобы защитить народ от его собственных иллюзий и шарлатанов-мистификаторов[3]. «Если врачи и хирурги составляют необходимое для общества сословие, их важные функции требуют от имени законодательной власти особой осторожности, предупреждающей злоупотребления»[4]. Свобод-

---

[1] Cantin, *Projet de reforme adressé à Assemblée Nationale* (Paris, 1790), p. 14.

[2] Ibid.

[3] Cabanis, *Du degré de certitude de la médicine.*

[4] Jadelot, *Adresse à Nos Seigneurs de l'Assemblée National* (Nancy, 1790), p. 7.

ное государство, желающее защитить свободных граждан от ошибок и болезней, которые случаются, не может разрешать свободной медицинской практики.

В действительности никто, даже самые либеральные жирондисты, не помышлял о полной либерализации медицинской практики и о режиме бесконтрольной конкуренции. Матье Жерар сам, требуя отмены всех установленных медицинских сословий, хотел образовать в каждом департаменте трибунал, который бы судил, «занимаясь в особенности медициной, не доказавшей своего умения»[1]. Но проблема медицинской практики была связана с тремя другими: общей отменой корпораций, исчезновением медицинского сообщества и в особенности с закрытием университетов.

Вплоть до Термидора проекты реорганизации Медицинских школ были неисчислимы. Их можно сгруппировать в два класса: одни, предполагавшие устойчивость университетских структур, другие, учитывавшие декрет от 17 августа 1792 года. В группе «реформистов» постоянно встречается идея о том, что необходимо уничтожить местный сепаратизм, упраздняя прозябающие мелкие Факультеты, где недостаточно многочисленные, малокомпетентные профессора распределяли или продавали экзамены и ученые степени. Несколько важных Факультетов предложат всей стране кафедры, занять которые будут просить самых лучших; они будут готовить врачей, качество которых никем не может быть оспорено. Контроль государства и его мнение эффективно помогут, таким образом, рождению знания и медицинского сознания, ставшего наконец адекватным нуждам нации. Тьери полагает, что будет довольно четырех факультетов; Галло — что только двух и нескольких специальных школ для менее академического образования. Необходимо было к тому же, чтобы обучение длилось дольше: семь лет по Галло, десять по Кантену, поскольку речь шла о включении в цикл обучения математики, геометрии, физики и химии[2], всего, что было органически связано с медицинской наукой. Но в особенности необходимо было предусмотреть практическое обучение. Тьери

[1] Cf. *supra*, p. 29.
[2] Thiery, *loc. cit.*, p. 89–98.

предполагал создать почти независимый от Факультетов Королевский институт, который обеспечивал бы элите молодых врачей улучшенное образование. В Королевском институте было бы создано нечто вроде интерната, дублированного больницей (можно было бы использовать располагавшийся совсем рядом Сальпетриер); там профессора преподавали бы, посещая больных; Факультет довольствовался бы тем, что делегировал врача для публичных экзаменов в Королевском институте. Кантен полагает самым главным принять, что кандидатов-врачей должны направлять поочередно то в больницы, то в деревни, располагающиеся около госпиталей, где они могли бы практиковаться: и здесь и там есть потребность в рабочей силе, а лечащиеся больные редко нуждаются в высококвалифицированных врачах. Осуществляя от района к району этот вариант медицинского Тур де Франс, будущие врачи получат более разностороннее образование, познакомятся с болезнями каждого климатического пояса и будут информированы о наилучших методах лечения.

Практическое образование отчетливо отделено от теоретического и университетского обучения. В то время как медицина (как мы это увидим далее) уже владела концепциями, позволявшими определить единство клинического обучения, реформаторы не доходили до того, чтобы предлагать институциональную версию: практическое обучение есть не простое и чистое применение абстрактного знания (тогда было бы достаточно поручить это практическое обучение профессорам самих школ), но оно не может быть также и ключом к этому знанию (его невозможно приобрести, если оно не было уже получено однажды в другом месте). Практическое образование определялось нормами медицины как социальной группы, тогда как университетское образование не отделялось от медицины, более или менее родственной типологической медицине.

Достаточно парадоксальным образом это получение практических знаний, доминировавшее в качестве темы социальной полезности, было почти полностью предоставлено частной инициативе. Государство контролировало лишь теоретическое образование. Кабанис хотел бы, чтобы все госпитальные врачи имели разрешение «формировать школы согласно плану, признанному в качестве луч-

шего»; сам и только сам врач определит каждому ученику время необходимого обучения. Для некоторых будет достаточно двух лет, для других, менее одаренных, потребуется четыре года. Эти уроки, возникшие в результате индивидуальной инициативы, должны обязательно оплачиваться, и преподаватели сами будут устанавливать цену: последняя, без сомнения, может быть очень высока, если профессор очень знаменит и его обучение уникально, но в этом не существует никаких неудобств. «Благородное соревнование, вызванное всеми видами мотивов, может обернуться лишь к выгоде больных, врачей, учеников и науки»[1].

Курьезна структура этой реформаторской мысли. Предполагается передать помощь индивидуальной инициативе и поддерживать больничные учреждения как привилегированные и существующие для более сложной медицины; структура образования инвертирована: оно следует обязательному и публичному пути в Университете, в больнице же становится частным, конкурентным и платным. Итак, нормы получения знания и правила формирования восприятия еще не соположены: способ, которым наблюдают, и способ, которым этому обучают, не сходятся. Поле медицинской практики разделено между такой свободной и бесконечно открытой областью, как домашняя практика, и закрытой, ограниченной типологической истиной, которую она раскрывает. Поле ученичества разделено между закрытой областью передаваемого знания и открытой — где истина говорит о самой себе. Больница все время играет двойную роль: места систематизации истин для взгляда, с помощью которого наблюдает врач, и места свободного опыта для знания, которое формулирует учитель.

Август 1791 года — закрытие университетов; сентябрь — Законодательное собрание распущено. Двусмысленность этих сложных структур изживается. Жирондисты провозглашают свободу, которая будет ограничиваться лишь ее собственной игрой, и они привлекают на помощь всех тех, кто, благодаря создавшемуся положению вещей, желает, в отсутствие любой организации, снова добиться если не привилегий, то по меньшей мере — влияния. Като-

[1] Cabanis, *Obcervations sur les hôpitaux* (Paris, 1790), p. 32–33.

лики, такие как Дюран Мэйян, старые ораторы, такие как Дону или Сэйе, умеренные, такие как Фуркруа, являются защитниками наиболее крайнего либерализма в обучении наукам и искусствам. Проект Кондорсе угрожает, на их взгляд, возрождением «чудовищной корпорации»[1]. В этом видится возрождение того, чего едва избежали, — «готических университетов и аристократических академий»[2], после чего не нужно будет долго ждать, чтобы восстановилась сеть духовенства, более опасная, может быть, чем та, которую народный разум только что низвергнул»[3]. Вместо и на месте этого корпоративизма индивидуальная инициатива утвердит истину везде, где она будет реально свободна: «Верните гению всю широту власти и свободу, которая провозглашена; объявите его права неотъемлемыми; щедро наделите полезных толкователей природы, где бы они ни находились, почитанием и публичным вознаграждением; не ограничивайте узким кругом просвещение, желающее лишь того, чтобы его познали»[4]. Никаких организаций, но лишь полученная свобода: «Граждане, просвещенные в литературе и искусствах, приглашены заниматься образованием на всем пространстве Французской Республики». Ни экзаменов, ни других знаков компетенции, кроме возраста, опыта и почитания граждан. Тот, кто хочет преподавать математику, изящные искусства или медицину, должен лишь получить в своем муниципалитете свидетельство о патриотизме и порядочности. Если же он нуждается и заслуживает помощи, то сможет также просить у местных органов того, чтобы ему предоставили материалы для обучения и экспериментов. Эти свободно даваемые уроки будут, по согласованию с учителем, оплачиваться учениками, но муниципалитеты смогут распределять стипендии для тех, кто в них нуждается. Образование в условиях экономического либерализма и конкуренции восстанавливает старую греческую свободу: знание спонтанно передается словом, и последнее чествует того, кто внес в него новую

---

[1] Duran Maillane, J. Guillaume, *Procés-verbaux du Comité d'Instruction publique de la Convention*, t. I, p. 124.

[2] Fourcroy, *Rapport sur l'enseignement libre des sciences et des arts* (Paris an II), p. 2.

[3] Ibid.

[4] Ibid.

истину. И словно для того, чтобы пометить ностальгией и недоступностью свою мечту, чтобы сообщить ей еще большую античность, делающую его замыслы неприступными, и лучше скрыть реальные расчеты, Фуркруа предлагает, чтобы после 25-летнего преподавания учителя, обремененные годами и почитанием, могли бы, как когда-то Сократ, признанный лучшей частью Афин, получить содержание для их долгой старости в Пританее.

Парадоксально, что именно монтаньяры и лица, наиболее близкие Робеспьеру, защищали идеи, родственные проекту Кондорсе. Ле Пеллетье, план которого после его убийства был подхвачен Робеспьером, а затем Роммом (жирондисты уже пали), предполагает централизованное и контролируемое государством на каждом этапе образование. Даже во времена монтаньяров беспокоились об «этих 40 000 Бастилий, куда предполагается вновь заточить рождающееся поколение»[1]. Букье, член Комитета народного образования, поддержанный якобинцами, предлагает смешанный план, менее анархический, чем у жирондистов, и менее жесткий, чем у Ле Пеллетье и Ромма. Он делает важное различие между «знаниями, необходимыми гражданину», без которых он не может стать свободным человеком, — государство должно ему их предоставить так же, как свободу, — и «знаниями, необходимыми обществу»: государство «должно им благоприятствовать, но не может их ни организовать, ни контролировать, как первые. Они служат сообществу, а не формируют индивида». Медицина входит в них вместе с науками и искусством. В девяти городах страны будут созданы «Школы здоровья», каждая с семью учредителями, но в Париже их будет 14. Дополнительно «фельдшер будет давать в госпиталях уроки, предназначенные для женщин, детей, сумасшедших и венерических больных». Эти учредители будут одновременно оплачиваться государством (3500 ливров в год) и избираться жюри, организованным «администраторами округа, объединяющего граждан»[2]. Таким образом общественное сознание обретет в этом обучении одновременно свободу выражения и пользу, к которой оно стремится.

---

[1] Saint-Foy, *Journal de la Montagne*, n. 29, 12 décembre 1793.
[2] Fourcroy, *loc. cit.*

С наступлением Термидора имущество больниц национализируется, Корпорации запрещаются, Общества и Академии упраздняются. Университет с Факультетами и Медицинскими школами более не существует, но члены Конвента не имели возможности ни реализовать политику помощи, принцип которой они приняли, ни ограничить свободную медицинскую практику, ни определить требующуюся для нее компетенцию, ни, наконец, закрепить формы соответствующего обучения.

Такое затруднение удивляет, когда думаешь, что в течение десятков лет каждый из этих вопросов обсуждался на протяжении долгого времени, что предлагалось такое количество решений, обозначавших теоретическое понимание проблемы, тем более что Законодательное собрание в принципе сформулировало то, что при Термидоре и Консулате вновь будет открыто как решение.

В течение всего этого периода игнорировалась необходимая структура, которая могла бы придать единство форме опыта, уже определенного индивидуальным наблюдением, разбором случаев, ежедневной практикой болезни и форме обучения, относительно которого хорошо понималось, что оно должно происходить скорее в больнице, нежели на Факультете, в тесной близости к конкретному миру болезни. Было неясно, как можно давать с помощью слова то, что умели делать лишь взглядом. *Видимое* не было ни *говорящим*, ни *сказанным*.

Если медицинские теории за полвека в значительной степени модифицировались и если были в большом количестве выполнены новые наблюдения, то тип объекта, к которому обращалась медицина, остался прежним. Позиция познающего и наблюдающего субъекта оставалась той же, концепции формировались по тем же самым правилам. Или скорее, вся совокупность медицинского знания подчинялась двум типам регулярности: один тип — индивидуальное и конкретное видение, разбитое на сектора в соответствии с нозологической таблицей классов болезней; другой — продолжающаяся, глобальная и количественная регистрация климатической и топографической медицины.

Все попытки педагогической и технической реорганизации медицины проваливались по причине центральной

лакуны: отсутствия новой, связанной и унитарной модели формирования объектов, способов видения и медицинских концепций. Политическое и научное единство института медицины требовало для своей реализации мутации в глубину. Однако у революционных реформаторов это единство осуществлялось лишь в форме теоретического рассуждения, перегруппировывавшего задним числом уже установленные элементы знания.

Эти колеблющиеся рассуждения явно взыскали единства знаний и практической медицины, отмечая им идеальное место, но в той же мере они были основным препятствием для его реализации. Идея совершенно прозрачной, неограниченной, сверху донизу открытой для взгляда, вооруженного, тем не менее, привилегиями своей компетенции, области, разрешала собственные трудности благодаря возможностям, приписываемым свободе: в ней болезнь должна была сама, без затруднений, сформулировать для взгляда врача нерушимую и даруемую истину. Общество же, находящееся под медицинским наблюдением, осведомленное и просвещенное, должно благодаря этому освободиться от болезни. Великий миф *свободного взгляда*, который в своей верности тому, чтобы *открывать*, получает свойство *разрушать*. Очищенный и очищающий взгляд, свободный от тени, рассеивает мрак. Космологические ценности, подразумеваемые в Aufklärung[1], еще участвуют в этом. Медицинский взгляд, чьи возможности познаются, еще не перенял в клиническом опыте новых условий реализации; он не более чем сегмент диалектики Просвещения, перенесенной в глаз врача.

Благодаря эффекту, обусловленному успехом современной медицины, для большинства умов, более приверженных темам просвещения и свободы, клиника, которой они в общем избегают, будет пребывать в дискурсивных структурах, где она обрела рождение. Будут охотно думать, что клиника родилась в этом свободном саду, где встречаются с общего согласия врач и больной, где наблюдение свершается в немоте теорий, единственно ясностью взгляда, где опыт передается от учителя ученику вне самих

[1] Здесь — Просвещение (нем. — *Примеч. перев.*).

слов. К выгоде этой истории, связывающей плодоносность клиники с научным, политическим и экономическим *либерализмом*, забывается, что на протяжении многих лет он воспроизводил идеологическую тематику, бывшую препятствием в организации клинической медицины.

ГЛАВА IV

ДРАХЛЕНИЕ КЛИНИКИ

Принцип, согласно которому медицинское знание формируется у самой постели больного, датируется не ранее чем концом XVIII века. Большинство, если не все медицинские революции совершались от имени этого опыта, установленного в качестве основного источника и постоянной нормы. Но то, что модифицировалось беспрестанно, — это решетка, следуя которой опыт проявлялся, артикулировался в анализируемых элементах и находил дискурсивную формулировку. Не только названия болезней, не только объединение симптомов не оставались прежними, но менялись также фундаментальные перцептивные коды, налагаемые на тело больных, поле объектов, которым адресовалось наблюдение, поверхности и глубины, обозреваемые взглядом врача, — вся система ориентировки этого взгляда.

Итак, начиная с XVIII века в медицине отмечается определенная тенденция излагать свою собственную историю так, как если бы постель больного всегда была местом постоянного и стабильного опыта в противоположность теориям и системам, которые постоянно изменялись и скрывали за своими спекуляциями чистоту клинической очевидности. Теория была элементом постоянной модификации, точкой, из которой разворачиваются все вариации медицинского знания, местом конфликтов и исчезновений; именно в этом теоретическом элементе медицинское знание маркирует свою хрупкую относительность. Клиника, напротив, была элементом позитивного накопления: это постоянный взгляд на болезнь, это тысячелетнее, и тем не менее в каждый момент новое внимание, которое позволяло медицине не исчезать полностью с каждой из своих спекуляций, но сохраняться, принимая мало-помалу облик истины, которая стала бы окончательной без того, чтобы быть тем не менее завершенной, короче, чтобы развиваться за громкими эпизодами ее истории в продолжающейся ис-

торичности. В инвариантности клиники медицина связала бы истину и время.

Отсюда все эти несколько мифические рассказы, в которых накапливалась в конце XVIII и начале XIX века история медицины. Утверждалось, что именно в клинике медицина обрела свои исходные возможности. На заре человечества, до всех напрасных верований, до всех систем, медицина в своей целостности существовала в непосредственной связи со страданиями, которые она облегчала. Эта связь происходила скорее от инстинкта и восприимчивости, чем от опыта; она устанавливалась индивидом от себя самого к себе самому, до того как быть включенной в социальную сеть: «Чувствительность больного обучает его тому, что та или иная поза облегчает или усиливает его страдание»[1]. Именно эта связь, установленная без посредства знания, удостоверяется здравым человеком, а само это наблюдение не является осознанным выбором знания. Оно свершается в непосредственности и слепоте: «Тайный голос здесь нам говорит: наблюдай природу»[2]. Умножающееся само по себе, передаваемое от одних к другим, оно становится общей формой сознания, в которой каждый индивид одновременно является и субъектом и объектом: «Все неосознанно практикуют эту медицину... Опыт каждого передается другим людям... эти знания переходят от отцов к детям»[3]. До того, как стать знанием, клиника была универсальным способом связи человечества с самим собой: золотой век медицины. Упадок начался тогда, когда была введена письменность и секретность, то есть распределение знания в привилегированных группах и диссоциация непосредственной связи, не имевшей преград и границ между Взглядом и Речью: то, что было известно, теперь не сообщалось другим и обращалось к выгоде практики, однажды прошедшей через эзотеризм знания[4]. Без сомнения, очень долго медицинский опыт оставался открытым и умел находить равновесие между наблюдением и знанием, предохра-

[1] Cantin, *Projet de réforme adressée à l'Assemblée Nationale* (Paris, 1790), p. 8.

[2] Ibid.

[3] Coakley Lettson, *Histoire de l'origine de la médecine* (trad. fr., Paris, 1787), p. 9–10.

[4] Ibid.

нявшее его от ошибки: «В стародавние времена искусство врачевания формировалось в присутствии своего объекта, и молодые люди обучались медицинской науке у постели больного»; они весьма часто получали пристанище в доме самого врача, ученики и утром и вечером сопровождали учителей в их визитах к клиентам[1]. Гиппократ был одновременно и последним свидетелем, и наиболее двусмысленным представителем этого равновесия: греческая медицина V века была не чем иным, как систематизацией этой универсальной и непосредственной клиники; она сформировала первое целостное сознание, в этом смысле она была столь же «простой и чистой»[2], как этот первичный опыт. Но в той мере, в какой она организует его в систематизированный корпус знания с целью его «облегчения» и «сокращения обучения», в медицинский опыт вводится новое измерение, такое как знание, которое буквально можно назвать слепым, так как оно лишено взгляда. Это знание, которое не всегда видит, и есть источник всех иллюзий; становится возможной медицина, сопряженная с метафизикой: «после того как Гиппократ свел медицину к системе, наблюдение было оставлено, а философия была в нее введена»[3].

Такое затемнение и дало возможности для долгой истории систем «с множественностью противоположных и противоречащих друг другу сект»[4]. История, которая тем самым уничтожается, сохраняя время лишь в его разрушительных доказательствах. Но под той, что разрушает, бодрствует другая история, более верная времени, ибо она ближе к своей исходной истине. И в ней неуловимо сосредоточивается тайная жизнь клиники. Она пребывает под «спекулятивными теориями»[5], удерживая медицинскую практику в контакте с чувственным миром и открывая ее в непосредственном ландшафте истины: «Всегда существовали врачи, которые, выведя с помощью анализа, столь естест-

[1] P. Moscati, *De l'emploi des systèmes dans la médicine pratique* (Strasbourg, an VII), p. 13.

[2] P.-A.-O. Manon. *Histoire de la médecine clinique* (Paris, an XII), p. 323.

[3] Moscati, *loc. cit.*, p. 4–5.

[4] Ibid., p. 26.

[5] Dezeimeris, *Dictionnaire historique de la médecine* (Paris, 1819), t. 1, article «Clinique», p. 830–837.

венного для человеческого разума, из внешнего облика больного все необходимые данные о его болезненной чувствительности, довольствуются изучением симптома...»[1] Неподвижная, но всегда приближенная к материальным вещам клиника придает медицине ее истинное историческое движение; она устраняет системы, между тем как опыт аккумулирует свою истину. Таким образом ткется плодотворная непрерывность, которая обеспечивает патологии «неразрывное единообразие этой науки в различных веках»[2]. В отличие от систем, принадлежащих векам отрицания, клиника есть позитивное время знания. Таким образом, ее не изобретают, а вновь раскрывают, она уже существует там, вместе с первичными формами медицины. Она представлена во всей полноте; достаточно только отринуть то, что ее отрицает, то, что по отношению к ней есть ничто, то есть престиж «систем», позволив ей наконец «воспользоваться всеми своими правами»[3]. Тогда медицина окажется на одном уровне со своей истиной.

Это идеальное повествование, столь часто встречающееся в конце XVIII века, должно быть осмыслено по отношению к недавнему установлению учреждений и клинических методов: оно придает им одновременно и всеобщий, и исторический статус. Оно заставляет оценивать их как восстановление вечной истины в продолжающемся историческом развитии, единственные события в котором принадлежат негативному порядку: забвение, иллюзия, затмение. Фактически подобный способ переписывания истории сам по себе ловко избегает куда более сложной истории. Он маскирует ее, сводя клинический метод к любому изучению случая, в соответствии с устаревшим употреблением этого слова, и этим авторизует все дальнейшие упрощения, которые проводятся над клиникой еще в наши дни в чистом и простом обследовании индивида.

Чтобы понять смысл и структуру клинического опыта, необходимо пересмотреть сначала историю учреждений, в которой проявились его организационные усилия.

---

[1] J.-B. Regnault, *Considérations sur l'Etat de la médecine* (Paris, 1819), p. 10.

[2] P.-A.-O. Manon, *Histoire de la médecine clinique* (Paris, an XII), p. 324.

[3] Ibid., p. 323.

Вплоть до последних лет XVIII века эта история, понимаемая как хронологическая последовательность, сильно ограничена.

В 1658 году Франсуа де Ля Боэ открывает клиническую школу при Лейденской больнице: он публикует наблюдения под названием *Collegium Nosocomium*[1]. Наиболее известным из его преемников станет Боерхав, возможно, в то время, когда он занимал с конца XVIII века кафедру клиники в Падуе. В любом случае, именно с Лейдена, с Боерхава и его учеников, с XVIII века начинается движение по созданию по всей Европе клинических кафедр или институтов. Именно последователи Боерхава в 1720 году реформируют Эдинбургский университет и создают клинику по модели Лейденской; она копируется в Лондоне в Оксфорде, Кембридже, Дублине[2]. В 1733 году у Ван Сьютена требуют план учреждения клиники в Венском госпитале: ее руководителем становится один из учеников Боерхава — Де Хаен, которому наследует Столл, а затем Гильденбрант[3]. Примеру следуют в Геттингене, где последовательно преподают Брендель, Вожел, Балдинжер, и Ж.П. Франк[4]. В Падуе несколько больничных коек отводятся клинике с Книпсом в качестве профессора; Тиссо, ответственный за организацию клиники в Павие, закрепил этот план во время своей вступительной лекции 25 ноября 1781 года[5]. К 1770 году Лакассень, Буррю, Гильбер и Коломбье хотели организовать в частном порядке и за свой счет дом здоровья на 12 коек, зарезервированных для острых больных, где лечащие врачи должны были обучаться практике[6], но проект терпит неудачу. Факультет, медицинская корпорация в целом были очень заинтересованы в поддержании прежнего положения вещей, когда практическое образование давалось вне дома, индивидуально, за плату наиболее видными консультантами. Вначале клиническое обучение было организовано именно в военных госпиталях; Установление

[1] Leyden, 1667.
[2] J. Aikin, *Observations sur les hôpitaux* (Paris, 1777), p. 94–95.
[3] A. Storck, *Instituta Facultatis medicae Vivobonensis* (Vienne, 1775).
[4] Dezeimeris, *Dictionnaire historique de la médecine* (Paris, 1828), t. I, p. 830–837 (article «Clinique»).
[5] Tissot, *Essai sur les études de médicine* (Lausanne, 1785), p. 118.
[6] Colombier, *Code de Justice militaire,* II, p. 146–147.

для госпиталей, принятое в 1775 году, формулирует в своей статье XIII, что каждый учебный год должен включать один «курс практики и клиники основных болезней, распространенных в армиях и гарнизонах»[1]. Кабанис приводит в качестве примера клинику морского госпиталя в Бресте, основанную Дюбреем под покровительством маршала Де Кастри[2]. Отметим, наконец, создание в 1787 году акушерской клиники в Копенгагене[3].

Такова, как кажется, последовательность фактов. Чтобы понять смысл и выделить проблемы, которые она ставит, необходимо сначала повторить некоторые утверждения, значение которых должно бы быть уменьшено. Исследования случаев, их детализированное протоколирование, связь с возможным объяснением являются очень древней традицией медицинского опыта; организация клиники все же не соотносится с открытием индивидуального случая в медицине. Начиная с Возрождения, количества сборников описанных случаев достаточно, чтобы это доказать; с другой стороны, столь же широко была признана и необходимость обучения с помощью самой практики. Посещение больниц начинающими врачами было известным делом, и случалось, что некоторые из них завершали свое образование при больнице, где они жили и практиковали под руководством врача[4]. В этих условиях какой новизной и каким значением должны были обладать эти учреждения, которыми XVIII век и особенно его последние годы столь дорожили? В чем эта протоклиника могла отличаться одновременно и от стихийной практики, составлявшей единое целое с медициной, и от той клиники, что организуется позднее в более сложное и соподчиненное образование, где связываются форма опыта, метод анализа и тип обучения? Можно ли наметить специфическую структуру, которая

[1] Установление для военных госпиталей Страсбурга, Метца, Лилля, выполненное по приказу короля P. Haudesierck (1775) cité par Boulin, *Mémoires Pour servir à l'histoire de la médecine* (Paris, 1776), t. II, p. 73–80.

[2] Cabanis, *Observation sur les hôpitaux* (Paris, 1790), p. 31.

[3] J.-B. Demangeon, *Tableau historique d'un triple établissement réuni en un seul hospice à Copenhague* (Paris, an VII).

[4] Такова была ситуация во Франции, например, в Hôpital Géneral; на протяжении всего XVIII века ученик хирурга жил при Сальпетриер, следовал за хирургом во время его визитов и сам осуществлял некоторые простые лечебные процедуры.

была бы свойственна, без сомнения, медицинскому опыту, современницей которого она бы была?

1. Эта протоклиника есть нечто большее, нежели последовательное и коллективное изучение случая; она должна объединить и сделать чувствительным организованное тело нозологии.

Клиника, таким образом, не становится ни *открытой для всех,* какой может быть ежедневная практика врача, ни *специализированной,* какой она станет в XIX веке. Она не является ни замкнутой областью того, что избрано для изучения, ни статистическим полем, открытым всему, что должно быть определено. Она снова закрывается в дидактической тотальности идеального опыта. Она не должна демонстрировать случаи, их драматические моменты, индивидуальные особенности, но проявлять в исчерпывающем обзоре весь круг болезней. Клиника в Эдинбурге стала на долгое время моделью жанра; она была организована таким образом, что в ней собирались «случаи, которые казались наиболее подходящими для обучения»[1]. До того как стать встречей больного и врача, истины, требующей раскрытия, и невежества, *клиника должна конституционально образовывать полностью структурированное нозологическое поле.*

2. Специфичен ее способ распределения в больнице. Она не является его прямым выражением, так как принцип выбора устанавливает между протоклиникой и способом распределения избирательное ограничение. Этот выбор не просто количествен, хотя оптимальное число коек не должно, по Тиссо, превышать тридцати[2], он не только качественен, хотя касается предпочтения того или иного высоко поучительного случая. Отбирая, клиника искажает самой своей природой способ проявления болезни и ее связь с больным; в больнице имеют дело с индивидами, являющимися безличными носителями той или иной болезни; роль больничного врача заключается в том, чтобы открыть болезнь в больном, и эта интернальность болезни делает ее всегда скрытой в больном, спрятанной в нем как криптограмма. В клинике, наоборот, озабочены болезнью, носитель которой безразличен: то, что представлено, — это бо-

[1] Aikin, *Observations sur les hôpitaux* (Paris, 1777), p. 94–95.

[2] Tissot, Memoir pour la construction d'un hôpital clinique, in *Essai sur les études médicales* (Lausanne, 1785).

лезнь сама по себе, в присущем ей теле, принадлежащем не больному, но истине; это «разнообразные болезни, обслуживающие текст»[1]: больной — это лишь то, посредством чего текст, иногда сложный и туманный, дан для чтения. В больнице больной — только субъект своей болезни, то есть речь идет о случае. В клинике, где речь идет лишь о примере, больной — случай своей болезни, транзиторный объект, которым она овладевает.

3. Клиника не представляет собой инструмента для открытия еще неизвестной истины. Это некий способ расположить уже добытую истину и представить ее так, чтобы она систематически раскрывалась. Клиника — это вид нозологического театра, ученик которого в начале действия не знает разгадки. Тиссо предписывает заставлять ее долго искать. Он советует поручать каждого клинического больного двум студентам, и именно они будут обследовать его «с тактом, мягкостью и добротой, удивительной для этих несчастных обездоленных»[2]. Они начнут с расспросов о месте его рождения, о царящих там правилах, о его ремесле, его предшествующих болезнях, о том, как началась его последняя болезнь, о принятых снадобьях. Они проведут исследование его жизненных функций (дыхания, пульса, температуры), его природных функций (жажды, аппетита, выделений) и его животных функций (чувствительности, способностей, сна, боли). Они должны также «пропальпировать ему низ живота, чтобы установить состояние его внутренних органов»[3]. Но что они ищут, какой герменевтический принцип должен направлять их исследование? Каковы установленные соотношения между констатированными феноменами, выясненными предшествующими событиями и отмеченным расстройством? Не что иное, как то, что позволит произнести имя, имя болезни. Однажды данное название, из которого врач свободно выводит причины, прогноз, назначения, «задаваясь вопросом: что не так в этом больном? Что же можно изменить?»[4] По отношению к последующим методам исследования этот, рекомендуемый Тиссо, за исключением нескольких деталей, совсем не менее скрупулезен. Отличие

[1] Cabanis, *Observations sur les hôpitaux*, p. 120.
[2] Tissot, *loc. cit.*, p. 120.
[3] Ibid., p. 121–123.
[4] Ibid., p. 124.

этого расспроса от «клинического обследования» состоит в том, что в нем не инвентаризируется больной организм, в нем отмечаются элементы, которые позволят ухватить идеальный ключ — ключ, имеющий четыре функции, поскольку он представляет собой способ обозначения, принцип связи, закон эволюции и корпус предписаний. Иными словами, взгляд, обозревающий страдающее тело, достигает истины, которой взыскует, лишь проходя через догматический момент *имени*, в котором собирается двойная истина: скрытая, но уже представленная истина болезни, и ясно выводимая истина исхода и средств. Но это все же не взгляд сам по себе, обладающий возможностью анализа и синтеза, но истина дискурсивного знания, приходящая извне как награда бдительному взгляду школьника. В этом клиническом методе, где плотность видимого не скрывает ничего, кроме настоятельной и лаконичной истины, которая называет, речь идет не об *обследовании*, а о *расшифровке*.

4. В этих условиях понятно, что клиника располагает лишь одним направлением: тем, что идет сверху вниз, от установившегося знания к невежеству. В XVIII веке не существует иной клиники, кроме педагогической, к тому же в ограниченной форме, поскольку не допускалось, что врач сам по себе мог бы в каждый момент читать эту истину, которую природа разместила в болезни. Клиника, в прямом смысле слова, касается лишь этого правила, которое дается учителем своим ученикам. Сама по себе она является не опытом, но его конденсатом для использования предшествующего опыта другими. «Профессор отмечает своим ученикам порядок, в котором объекты должны рассматриваться, чтобы быть лучше увиденными и лучше запечатлеться в памяти, и сокращает для них их работу. Он заставляет их использовать свой собственный опыт»[1]. Никоим образом клиника не *раскроется* взглядом, она лишь удваивает искусство доказывать, *показывая*. Именно так Дезо понимал уроки хирургической клиники, которые он давал в 1781 году в Отель-Дье. «На глазах слушателей он заставлял приводить наиболее тяжело пораженных больных, квалифицировал их болезни, анализируя характерные черты, намечал образ действий, которого необходимо придержи-

[1] Cabanis, *Observation sur les hôpitaux*, p. 30.

ваться, проводил необходимые операции, давал объяснения приемам и их обоснованию, исследовал каждый день внезапные изменения и представлял затем состояние органов после выздоровления... или демонстрировал на безжизненном теле повреждения, делавшие врачебное искусство бесполезным»[1].

5. Пример Дезо тем не менее показывает, что для того, чтобы проявилась сущность дидактики, эта речь принималась, несмотря на все суждения и риск случайности. В XVIII веке клиника является не структурой медицинского опыта, но опытом, по крайней мере, в том смысле, в каком она является испытанием: испытанием знания, которое должно подтвердить время, испытанием предписаний, подтверждающихся или опровергающихся результатом, — и все это перед спонтанным судом, образованным студентами: существует нечто вроде поединка перед свидетелями с болезнью, которой есть что сказать и которая, несмотря на догматическую речь, пытающуюся ее описать, держит свой подлинный язык за зубами. Так что урок, данный учителем, может обернуться против него и надсмеяться над его надменным языком — обучение, свойственное самой природе. Кабанис так объясняет отличие хорошего урока от плохого: если профессор ошибается, «его ошибки быстро разоблачаются природой... язык которой невозможно подавить или исказить. Зачастую они даже становятся полезнее успехов и делают более устойчивыми образы, которые без этого, возможно, были бы лишь мимолетными впечатлениями»[2]. Именно когда основное обозначение терпит крах и когда время делает его ничтожным, ход природы познается сам собой: язык знания замолкает и начинает наблюдать. Честность этого клинического испытания велика, ибо она связана со своей собственной ставкой чем-то вроде постоянно обновляющегося договора. В Эдинбургской клинике студенты вели историю поставленного диагноза, состояния больного при каждом визите, принятых в течение дня лекарствах[3]. Тиссо, который также рекомендовал ведение журнала, добавлял в докладе графу Фирмиану, где он описывает идеальную клинику, что эти журналы сле-

[1] M.-A. Petit, Eloge de Desault, â *Médicine du cœur*, p. 30.
[2] Cabanis, *Observation sur les hôpitaux*, p. 30.
[3] J. Ailkin, *Observations sur les hôpitaux* (1777), p. 95.

довало бы каждый год публиковать[1]. Наконец, вскрытие в случае смерти должно давать последнее подтверждение. Таким образом, указующая ученая и синтетическая речь открывается полю наблюдаемых возможностей, чтобы формировать хронику констатации.

Можно видеть: институт клиники, каким он создавался или проектировался, был еще очень далек от уже установленных форм знаний, чтобы обладать собственной динамикой и влечь единственно собственной силой к общей трансформации медицинского сознания. Он не мог сам ни открывать новых объектов, ни создавать новых концепций, ни располагать медицинский взгляд иным образом. Он являлся толчком и организатором некоторых форм медицинского рассуждения; он не изобретал новой совокупности дискурсов и практик.

В XVIII веке клиника — уже фигура куда более сложная, чем чистое и простое знание случаев, и между тем она не играла специфической роли в самом движении научного познания. Она образует маргинальную структуру, артикулирующую больничное поле, не имея с ним общей конфигурации; она нацеливает обучение на практику, которую скорее обобщает, чем анализирует; она перегруппировывает весь опыт игры языкового разоблачения, который суть лишь театральный, замедленный способ его передачи. Итак, через несколько лет, последних лет века, клиника будет внезапно реструктурирована, будет оторвана от теоретического контекста, где она была рождена, и получит область применения, уже не лимитированную той, где она *называет* себя *знанием*, но соразмерную той, где она рождается, испытывается и свершается. Она составит единое целое с медицинским опытом, хотя для этого нужно, чтобы она была вооружена новыми возможностями, отделена от языка, исходя из которого ее произносят как урок, и освобождена для движения открытия.

[1] Tissot, ibid., и M.-A. Petit, *Eloge de Desault*, цитированный выше.

ГЛАВА V

УРОК БОЛЬНИЦ

В статье «Злоупотребление» *Медицинского словаря* Вик д'Азир придает организации обучения в больничной среде значение универсального решения проблемы медицинского образования. В этом и состоит для него основная реформа, которую предстоит осуществить: «Болезнь и смерть дают в больницах великие уроки. Воспользуемся ли ими? Напишем ли историю болезней, настигающих там столь много жертв? Организуем ли кафедры клинической медицины?»[1] Итак, в короткое время эта педагогическая реформа приобретет гораздо более широкое значение: ей представится возможность реорганизовать все медицинское знание и внедрить в познание самой болезни неизвестные или забытые, но более фундаментальные и решающие формы опыта: клиника и только клиника сможет «обновить в сторону современности храмы Аполлона и Эскулапа»[2]. Способ обучения и *выражения* становится способом понимания и *видения*.

В конце XVIII века педагогика в качестве системы норм образования прямо артикулируется как теория представления и последовательности идей. Детство и юность вещей и людей обличены двусмысленной властью: объявить рождение истины, но также подвергнуть испытанию отсталую человеческую истину, очистить ее, приблизиться к ее обнаженности. Ребенок становится непосредственным учителем взрослого в той мере, в какой истинное образование идентифицируется с самим рождением истины. В каждом ребенке мир бесконечно повторяется, снова возвращаясь к своим исходным формам: он никогда не взрослеет для того, кто смотрит на него впервые. Отрешаясь от одряхлевших уз, глаз может откры-

---

[1] Vicq d'Asyr, *Œuvres* (Paris, 1805), t. V, p. 64.

[2] Demangeon, *Du moyen de perfectionner la médecine*, p. 29.

ваться на одном уровне с вещами и эпохами и, будучи в здравом уме и твердой памяти, обладает умением быть самым неумелым, ловко повторяя свое прежнее невежество. Свои предпочтения есть у уха, у руки — ее отпечатки и морщины; глаз, обладающий сродством со светом, выносит лишь свое настоящее время. То, что позволяет человеку возобновлять отношения с детством и следовать за постоянным рождением истины, — это ясная, отчетливая, открытая наивность взгляда. Отсюда два великих мифологических примера, в которых философия XVIII века хотела отметить свое начало: иностранный наблюдатель в незнакомой стране и слепой от рождения, обретший зрение. Это же описывают Песталоцци и *Bildungs-Romane*[1] в великой теме Детского взгляда. Рассуждение о мире идет с открытыми глазами, открытыми в каждый момент как в первый раз.

Сразу же с наступлением термидорианской реакции пессимизм Кабаниса и Кантена, кажется, подтверждается: повсеместно устанавливается предвиденный грабеж[2]. С начала войны, в особенности с начала пробуждения масс осенью 93-го года, многие врачи ушли в армию, добровольно или будучи призванными; у знахарей были «развязаны руки»[3]. Петиция, адресованная 26 брюмера II года Конвенту и инспирированная неким Кароном из секции рыботорговцев, еще объявляла врачей, получивших образование на Факультете, вульгарными «шарлатанами», против которых народ хотел бы быть «защищенным»[4]. Но очень скоро этот страх переменил направленность и опасность обнаружилась со стороны шарлатанов, которые не были врачами: «Народ стал жертвой мало обученных субъектов, которые, будучи возведенными по своему авторитету в мэтры, назначают снадобья случайно и подвергают опасности существование тысяч граждан»[5]. Бедствия от такой дикой медицины в департаменте Эр были таковы, что Ди-

[1] Роман воспитания (нем. — *Примеч. перев.*).

[2] Cantin, *Projet de réforme adressé à l'Assemblée* (Paris, 1790), p. 13.

[3] Liolt, *Les charlatan dévoiles* (Paris, an VIII), ненумерованное предисловие.

[4] A.N. 17, A 1146, d. 4 cité pàr A. Soboul, *Les Sans-Cullotes parisiens en l'an II* (Paris, 1958), p. 494, n. 127.

[5] Послание Директории Совету пятисот от 24 нивоза года V, цитируемое Baraillon в своем отчете от 6 жерминаля года VI.

ректория информирует об этом Ассамблею пятисот[1], и в двух воззваниях от 13 мессидора IV года и от 24 нивоза VI года правительство требует от законодательной власти ограничить эту гибельную свободу: «О, представительные граждане, родина требует услышать свои материнские призывы, и Директория выражает их! Это важно для такого дела, которое требует срочности: опоздание на один день может быть смертным приговором для многих граждан»[2]. Доморощенные врачи и прожженные знахари тем опаснее, что госпитализация неимущих больных становится все более и более затрудненной. Национализация больничного имущества доходила иногда до конфискации наличных денег; имущество экономов (в Тулузе, Дижоне) было просто полностью передано пансионерам, и они не смогли им более управлять. Раненые и заболевшие военные занимают многочисленные учреждения; муниципалитеты, которые в это время более не располагают ресурсами для организации госпиталей, поддерживают это: в Пуатье 200 больных были выпровожены из Отель-Дье, чтобы освободить место раненым на войне, за которых армия платила пансион[3]. Эта вынужденная дегоспитализация, ставшая единственным совпадением с великими революционными мечтами, была далека от идеи восстановления болезненных сущностей в природной истине, которая бы их сама исправляла, ибо на деле умножала болезни и оставляла население без защиты и помощи.

Без сомнения, в конце Термидора или в начале Директории многие военные медики, демобилизовавшись, обосновались в качестве городских или сельских врачей. Но это новое медицинское внедрение было неоднородного качества.

Многие военные медики имели только образование и очень недостаточный опыт. В год II Комитет общественного спасения попросил Комитет народного образования подготовить проект декрета, определяющего способ «безотлагательной подготовки военных врачей для нужд рес-

[1] 22 брюмера и 4 фримера года V. — Совет пятисот — политическая ассамблея, созданная по Конституции III года. Совместно с Советом старейшин образовывала Законодательное собрание. (*Примеч. перев.*)

[2] Послание от 24 нивоза года VI.

[3] P. Rambaud, *L'assistence publique à Poitiers jusqu'à l'an V*, t. II, p. 200.

публиканских вооруженных сил»[1]. Но срочность была слишком велика: принимались все добровольцы, необходимый персонал обучался на месте, за исключением военных медиков первого класса, которые должны были подтвердить предварительное обучение. Все остальные были лишь знакомы с медициной, которой они обучались благодаря поспешно передаваемому опыту. Уже в армии их упрекали за ошибки[2]. Практикуя в гражданской среде без иерархизированного контроля, такие врачи допускают непростительные ошибки: так, упоминался военный медик в Крезе, который убивал своих больных, давая им мышьяк в качестве слабительного[3]. Со всех сторон требуют создания контрольных инстанций и нового законодательства: «Сколько невежественных убийц наводнило бы Францию, если бы вы разрешили врачам, хирургам и фармацевтам второго и третьего класса... практиковать в соответствующих профессиях без нового экзамена... особенно в этом обществе человекоубийц, где всегда можно найти наиболее известных, наиболее опасных шарлатанов, тех, за кем закон должен надзирать»[4].

Против такого положения вещей органы защиты рождаются спонтанно. Одни — очень непрочные, народного происхождения. Если одни парижские районы, более или менее обеспеченные, остаются верными аксиоме монтаньяров: «чем больше бедняков, тем больше больниц» и продолжают требовать распределения индивидуальной помощи в пользу больных, лечащихся в домашних условиях[5], то другие, наиболее бедные, принуждены скудостью средств и трудностями получения ухода провозгласить создание больниц, где неимущие больные были бы приняты, накормлены и размещены. В них надеялись вернуться к принципу хосписов для бедных[6]. Подобные дома были созданы явно

---

[1] Guillaume, *Procès-verbaux du Comité d'Instruction publique de la Convention*, t. IV, p. 878–879.

[2] Babaillon, *Rapport au Conseil des Cinq-Cents* (6 germinal an VI), p. 6, по поводу скандала с ампутациями.

[3] Ibid.

[4] *Opinion de Porcher au Conseil des Anciens* (séance du 16 vendemiaire an VI), p. 14–15.

[5] Par la section des Lombards, cf. Soboul, *loc. cit.*, p. 495.

[6] Adresse de la section de l'Homme armé des Invalides et Lepeletier à la Convention (ibid.).

вне всех правительственных инициатив с помощью фондов и народных собраний[1]. После Термидора, напротив, движение началось сверху. Просвещенные классы, кружки интеллектуалов, вернувшись к власти, которой они наконец добились, предполагали вернуть знанию привилегии, которые были бы в состоянии защитить одновременно и социальный порядок, и индивидуальное существование. Во многих крупных городах администрация, «ужаснувшись болезням, свидетелями которых они были» и «удрученная молчанием закона», решает сама установить контроль за теми, кто желает практиковать в медицине. Она создает комиссии, образованные из врачей старого режима, которые должны оценивать звания, знания и опыт новичков[2]. Более того, некоторые упраздненные Факультеты продолжали полуподпольное функционирование: старые профессора собирали тех, кто хотел обучаться, и окружали себя ими во время своих визитов. Если они были заняты на службе в больнице, то там у постели больного они давали свои уроки и могли оценить способности своих учеников. В результате этих частных уроков, для того чтобы одновременно дать им обоснование и отметить различия между учениками, стали выдавать нечто вроде официальных дипломов, удостоверяющих, что ученики стали настоящими врачами. Это происходило во многих провинциях, особенно в умеренных: в Каене или в Дуэ.

Монпелье предоставляет, без сомнения, достаточно редкий пример соединения этих различных подходов: в нем можно увидеть необходимость обучения медиков для армии, и использование медицинской компетенции, признанной старым режимом, и вмешательство народных ассамблей, в особенности их администрации, и спонтанный вариант использования клинического опыта. Бом, бывший профессор Университета, был назначен, по причине как своего опыта, так и республиканских убеждений, практиковать в военном госпитале Сент-Элуа. В этом звании он должен был выбирать кандидатов на должность военного медика,

[1] Хоспис для нуждающихся женщин, организованный Сектором общественного договора.

[2] E. Pastoret, *Rapport fait au nom de la Commition d'Instruction publique sur un mode provisoir d'examen pour les officiers de santé* (16 thermidor an V), p. 2.

но поскольку образование не было организовано, ученики-медики состояли при народных обществах, которые разрешали администрации района на основании прошения организовать клиническое обучение в больнице Сент-Элуа, поручив его Бому. На следующий год, в 1794 году Бом публикует результаты своих наблюдений и своего обучения: «Метод лечения болезней в соответствии с их представлением в годовом курсе медицинского обучения»[1].

Это, без сомнения, особый случай, но от этого он не становится менее доказательным. Благодаря случайности и взаимодействию потребностей социальных классов, институциональных структур, технических или научных проблем, очень различающихся друг от друга, начал формироваться опыт. Несомненно, это было не чем иным, как оживлением, в качестве единственно возможного пути спасения клинических традиций, выработанных XVIII веком. В действительности это было уже нечто совсем другое. В этом автономном и квазиподпольном движении, вызвавшем и сохранявшем его, возвращение клиники было первой, одновременно и смешанной и фундаментальной организацией медицинской области. Смешанной, так как больничный опыт в его ежедневной практике соединился в ней с общей формой обучения; фундаментальной, потому что, в отличие от клиники XVIII века, речь идет не о встрече уже заранее сформированного опыта и невежества, требующего обучения, а о новом расположении объектов знания, об области, где истина сама себя обучает так же, как опытный наблюдатель обучает еще наивного подмастерья. Для того и другого есть лишь один язык — больница, где серия обследованных больных сама по себе является школой. Двойное упразднение — старых больничных структур и университетов — позволило также осуществить непосредственное соединение обучения с конкретной областью опыта, более того, оно упразднило догматическое рассуждение в качестве непременного момента передачи истины. Умолкшая университетская речь, закрытие *кафедр* позволили в тени несколько слепой и, благодаря обстоятельствам, поспешной практики сформироваться рассуждению, правила

[1] A. Girbal, *Essai sur l'espris de la médicale de Montpellier* (Montpellier, 1858), p. 7–11.

которого были совсем новыми. Оно должно было согласовываться с взглядом, который более не довольствовался констатацией, но открывал. В этом поспешном обращении к клинике рождалась совсем другая клиника — клиника скорого XIX века.

Не стоит удивляться тому, сколь внезапно в конце Конвента тема медицины полностью связывается с клиникой, совершенно вытесняя доминировавшую вплоть до 1793 года тему восстановления свободной медицины. По правде говоря, речь не идет ни о реакции (хотя социальные последствия были в основном «реакционными»), ни о прогрессе (хотя медицина и как практика, и как наука заняла от этого более выгодное положение). Речь идет о перестуктурировании в точном историческом контексте темы «освобожденной медицины»: в свободной области насущность истины принуждает определить свойственные ей институциональные и научные структуры. Это происходит не только из политического оппортунизма, но, без сомнения, из неосознанной верности связям, которые никакое отклонение элементов не может смягчить, так что тот же самый Фуркруа, в году II выступавший против всех проектов восстановления «готических университетов и аристократических академий»[1] и предполагавший в III году, что временное закрытие Факультетов позволит провести в них «реформы и улучшения»[2], считает, что не следовало бы, чтобы смертоносное знахарство и амбициозное невежество расставляли со всех сторон сети для легковерного страдания»[3]: все, что до сих пор приводило к ошибкам, «сама практика искусства наблюдения у кровати больного», должно стать основной частью новой медицины.

Термидор и Директория восприняли клинику как главную тему институциональной реорганизации медицины: это было для них средством установить предел гибельному опыту тотальной свободы, способом придать ей позитивный смысл, а также, в соответствии с мнением многих, найти путь для восстановления некоторых структур старого режима.

---

[1] Fourcroy, *Rapport et projet de décret sur l'enseignement libre des sciences et des arts* (an II), p. 2.

[2] Fourcroy, *Rapport à la Convention au nom des Comité de Salit Public et d'Instruction publique* (7 frimaire an III), p. 3.

[3] Ibid., p. 3.

1. МЕРЫ ОТ 14 ФРИМЕРА III ГОДА

Фуркруа отвечал за представление Конвенту отчета об учреждении Школы здоровья в Париже. Основания, которые он привел, достойны отдельного замечания, тем более что они будут почти дословно повторены в мотивировке успешно принятого декрета, хотя он не один раз отклонится от буквы и духа проекта. Речь идет прежде всего о создании, по модели центральной Школы общественных работ, единственной для всей Франции школы, где будут выпускать офицеров здравоохранения, необходимых для больниц, и прежде всего для военных госпиталей: не было ли 600 медиков убито в армии менее чем за восемнадцать месяцев? Кроме этого обоснования срочности и необходимости установить предел преступлениям шарлатанов, следовало устранить некоторые важные возражения против этой меры, могущей возродить старые корпорации и их привилегии. Медицина есть практическая наука, успехи которой важны для всего народа. Создавая школу, покровительствуют не горстке людей, но позволяют народу через квалифицированных посредников ощутить благодеяние истины. «Это оживление, — говорит докладчик не без стилистических и смысловых затруднений, — многочисленных каналов, заставляющих циркулировать изобретательную активность искусств и наук во всех разветвлениях социального тела»[1]. Итак, то, что гарантирует столь ожидаемой медицине стать знанием, полезным для всех граждан, — это ее непосредственная связь с природой. Вместо того чтобы быть, как прежде Факультет, местом эзотерического и книжного знания, новая школа станет «храмом природы». В нем совсем не будут учить тому, во что верили стародавние учителя, но это будет формой истины, открытой всему, что проявляет ежедневный опыт: «Практика, манипулирование будут соединены с теоретическими наставлениями. Ученики будут практиковаться в химических опытах, анатомических вскрытиях, хирургических операциях, работе с приборами, немного читать, много видеть и много делать». Упражняться в самой практике и у постели боль-

[1] *Rapport de Fourcroy à la Conventuon, au nom des Comités de Salut public et d'Instruction publique* (7 frimaire an III), p. 6.

ного — вот чему будет обучать вместо бесполезной физиологии истинное искусство врачевания[1].

Клиника, таким образом, становится основным элементом как научной связности, так и социальной полезности и политической чистоты новой организации медицины. Она является их истиной в условиях гарантированной свободы. Фуркруа предлагает, чтобы в трех госпиталях (хоспис де л'Юманите, хоспис де л'Юните и Учебный госпиталь) клиническое обучение обеспечивалось профессорами, хорошо оплачиваемыми, чтобы они могли себя этому полностью посвятить[2]. Публика будет широко допущена в новую Школу здоровья: так, предполагалось, что все, кто практикует без достаточного образования, сами придут пополнить свой опыт. В любом случае, в каждом районе будут выбраны ученики, «отличающиеся хорошим поведением, чистыми нравами, любовью к Республике и ненавистью к тиранам, достаточно развитой культурой и знанием некоторых наук, которые послужат предварительным условием искусства врачевания», их соберут в центральной Школе медицины, чтобы через три года они стали офицерами здравоохранения[3].

Для провинции Фуркруа предусмотрел лишь специальные школы. Депутаты Юга препятствуют этому и требуют, чтобы Монпелье также стал центральной школой. Наконец, этого же потребовал для Страсбурга Эрман, тем более что декрет от 14 фримера предполагал создание трех медицинских Школ. Было предусмотрено трехлетнее обучение. В Париже «класс начинающих» изучает в течение первого семестра анатомию, физиологию, медицинскую химию, во втором — медицину, ботанику, физику. В течение всего года ученики должны будут часто посещать больницы, «чтобы приобрести там привычку к наблюдению за больными и научиться общим принципам ухода за ними»[4]. В «классе начинающих» сначала изучалась анатомия, физиология, химия, фармация, оперативная медицина, затем

---

[1] *Rapport de Fourcroy à la Conventuon, au nom des Comités de Salut public et d'Instruction publique*, p. 9.

[2] Ibid., p. 10.

[3] Ibid., p. 12–13.

[4] *Plan général de l'enseignement dans l'Ecole de Santé de Paris* (Paris, an III), p. 39.

медицинские предметы, внутренняя и внешняя патология. В течение этого второго года студенты «могут быть использованы для ухода за больными». Наконец, в течение последнего года повторялись предшествующие курсы, и, используя уже полученный больничный опыт, начинается клиника в собственном смысле слова. Ученики, распределенные по трем больницам, где они оставались в течение четырех месяцев, затем будут меняться. Клиника включает две части: «У постели каждого больного профессор будет останавливаться на время, необходимое, чтобы его хорошо расспросить, надлежащим образом осмотреть. Он обратит внимание учеников на диагностические знаки и важные симптомы болезни», затем в аудитории профессор напомнит общую историю болезней, увиденных в больничных палатах, укажет на их причины, «известные, возможные и скрытые», сформулирует прогноз, определит «витальные», «лечебные» или «паллиативные» назначения[1].

Эту реформу характеризует то, что новое уравновешивание медицины вокруг клиники коррелирует в ней с теоретически расширенным обучением. В тот момент, когда формируется практический опыт, приобретенный путем исследования самого больного, необходимо связать частное знание с общей системой знаний. Два первых принципа, с помощью которых новая парижская Школа истолковывает декреты от 14 фримера, провозглашают, что она должна обучать «животной экономии, начиная с элементарной структуры неодушевленных тел вплоть до наиболее сложных феноменов организмов и их взаимодействия» и постараться показать, в каких отношениях находятся простые живые существа со всеми сложными[2]. С другой стороны, это расширение приводит медицину в соприкосновение со всей серией проблем и практических требований. Освещая единство человеческого существа материальными условиями существования, она покажет, как «можно сохранить надолго существование, настолько свободное от болезни, что позволяет человеку поверить в него»; она продемонстрирует «точку соприкосновения, из которой искусство врачевания снова возвращается в гражданские отношения»[3]. Кли-

[1] *Plan général de l'enseignement dans l'Ecole de Santé de Paris*, p. 39.
[2] Ibid., p. 1.
[3] Ibid., p. 1–2.

ническая медицина, таким образом, — это не медицина, обращенная к первому уровню эмпиризма и старающаяся с помощью методического скептицизма свести все свои знания, свою педагогику к единственной констатации видимого. Медицина в это первое время не называла себя клиникой без определения себя одновременно как множественного знания о природе и познании человека в обществе.

2. РЕФОРМЫ И ДИСКУССИИ V И VI ГОДОВ

Меры, принятые 14 фримера, были далеки от решения всех поставленных проблем. Открывая Школы здоровья для публики, предполагалось привлечь туда достаточно образованных офицеров здравоохранения и уничтожить, благодаря эффекту свободной конкуренции, знахарей и врачей-самоучек. Не удалось ничего: слишком малое число Школ, отсутствие экзаменов (исключением были ученики-стипендиаты) воспрепятствовали формированию квалифицированных медицинских кадров; четыре раза — 13 мессидора года IV, 22 брюмера и 4 фримера года V и 24 нивоза года VI — Директория была вынуждена напоминать Собранию о разрушениях, вызванных свободной медицинской практикой, плохим образованием практических врачей, отсутствием эффективного законодательства. Итак, нужно было разом найти систему контроля по отношению к врачам, появившимся после Революции, усилить строгость и влияние новых Школ, расширить набор в них.

С другой стороны, образование, даваемое Школами, само по себе являлось поводом для критики. Программа в ее предельной широте была претенциозна, хотя обучение длилось, как и при старом режиме, лишь три года: «Кто слишком много требует, не получает ничего»[1]. Между разнообразными курсами не было никакой связи: так, в парижской Школе, с одной стороны, изучали клиническую медицину симптомов и знаков, тогда как Дубле в курсе внутренней патологии преподавал более традиционную типологическую медицину (наиболее общие причины, затем «общие феномены, природа и характер каждого класса болезней и их основные группы»; он повторял «все то же са-

[1] Baraillon, *Rapports au Conceil des Cinq-Cents* (6 germinal an VI), p. 2.

мое обсуждение видов и типов»)[1]. Что касается клиники, она не обладала, без сомнения, созидательной ценностью, которую ожидали: слишком много студентов, а также слишком много больных. «Быстро передвигаясь по залу, произносили в конце этой пробежки два слова, удаляясь затем с поспешностью — и это то, что называется обучением клинике внутренних болезней. В больших больницах обычно наблюдали много больных, но слишком мало болезней»[2].

Наконец, сопровождаясь всеми этими сетованиями и увеличивая число недовольных, с большими усилиями была восстановлена медицинская профессия, определяемая компетентностью и защищенная законом. Медицинские общества, исчезнувшие вместе с Университетом в августе 1792 года, были восстановлены вскоре после закона от 14 фримера. Сначала это было Общество здоровья, основанное 2 жерминаля IV года Деженеттом, Лафиссом, Бернаром Пеллетье и Лавейлем. В принципе оно предполагало быть лишь органом свободной и нейтральной информации: быстрая передача наблюдений и опыта, знание, способствующее развитию всех, кто занимается искусством врачевания, — нечто вроде большой клиники в масштабе нации, где будут стоять лишь вопросы наблюдения и практики: «медицина» провозглашает первый проспект общества, «основанного на правилах, единственным основанием которых может быть опыт. Чтобы собрать их, необходимо содействие наблюдателей. Так, многие области медицины зачахли после разрушения научных обществ. Но они окрепнут и вновь расцветут под сенью законного правительства, которое может лишь с удовлетворением взирать, как образуются общества наблюдателей-практиков»[3]. В этом духе Общество, убежденное, «что полная изоляция кого-либо противоречит интересам человечества»[4], публикует *Периодический сборник,* вскоре дублированный другим, посвя-

[1] *Plan général de l'enseignement dans l'Ecole de Santé de Paris* (Paris, an III), p. 31.

[2] *Мнение de J.-Fr. Baraillon,* séance de l'Assemblée des Cinq-Sents (17 germinal an VI), p. 4.

[3] Проспект, сопровождавший первый выпуск *Recueil périodique de la Société de Santé de Paris.*

[4] *Recueil périodique,* I, p. 3.

щенным зарубежной медицинской литературе. Но очень скоро этот источник универсальной информации объявил о том, что и было, без сомнения, его истинной заботой: снова объединить тех врачей, чья компетенция была подтверждена обычным обучением, и бороться за то, чтобы снова были определены границы свободной медицинской практики, «чтобы не было позволительным скрыть в истории воспоминания о тех губительных моментах, когда нечестивая и варварская рука разбила во Франции алтари, посвященные культу медицины. Они исчезли, эти сословия, о древней славе которых свидетельствовали долгие успехи»[1]. Движение, имевшее в большей степени значение отбора, нежели информирования, охватывает провинцию: Общества создаются в Лионе, Нанси, Брюсселе, Бордо, Гренобле. В том же году, 5 мессидора, другое Общество проводит свое учредительное собрание в Париже с участием Алибера, Биша, Бретонно, Кабаниса, Деженетта, Дюпюитрена, Фуркруа, Ларрея и Пинеля. Лучше, чем Общества здоровья, оно представляет проявления новой медицины: нужно закрыть двери в храм для тех, кто вошел туда незаслуженно, воспользовавшись тем, что «с первым сигналом Революции святилище медицины, как Храм Януса[2], открылось нараспашку, и толпа ворвалась в него»[3]. Но столь же важно реформировать метод обучения, который применялся в школах в году III: скороспелое и разношерстное образование, не позволявшее врачу овладеть никаким методом точного наблюдения и диагностики, где нужно «заменить на философское, рациональное методическое рассуждение случайный и легкомысленный путь иррефлексии»[4]. Перед общественным мнением, независимо от Директории и Собрания и не без их молчаливого одобрения, при постоянной поддержке представителей просвещенной буржуазии и близких к правительству идеологов[5], эти общества начинают вести беспрерывную кампанию. И в этом движении идея

[1] *Recueil périodique*, II, p. 234.

[2] Храм Януса открывался во время войны и должен был быть закрытым в мирное время. (*Примеч. перев.*)

[3] *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, t. I (an V), p. II.

[4] Ibid., p. IV.

[5] Начиная с марта 1798 года Кабанис заседает в Собрании пятисот в качестве «Института».

клиники быстро приобретает значение, столь отличное от того, что было введено законодательством от III года.

Статья 356 Конституции Директории гласила, что «закон надзирает за профессиями, связанными со здоровьем граждан». Именно благодаря этой статье, которая, казалось бы, обещала контроль, границы и гарантии, и была развернута вся полемика. Невозможно раскрыть все ее детали; скажем лишь, что существо спора было связано с моментом знания: то ли было необходимо сначала реорганизовать обучение, установив затем условия медицинской практики, то ли, напротив, провести сначала чистку медицинского сословия, определить стандарты практики, а затем зафиксировать курс обязательного обучения. Между этими двумя положениями было очевидное политическое расхождение: те, кто был наименее далек от принятой традиции, как, например, Дону, Приор из Кот д'Ор, хотели реинтегрировать офицеров здравоохранения и всех вольных стрелков от медицины благодаря максимально открытому образованию; другие же, группировавшиеся вокруг Кабаниса и Пасторе, желали бы ускорить воссоздание закрытого медицинского сословия. В начале Директории первые были в большем почете.

Первый план реформы был сформулирован Дону, одним из авторов Конституции III года, снискавшим в Конвенте симпатию жирондистов. Он не хочет менять по существу декреты Фримера, но желает, чтобы были организованы «дополнительные курсы по медицине» в 23 провинциальных больницах[1]: там практические врачи смогли бы усовершенствовать свои знания и было бы возможным потребовать у местных авторитетов доказательств способности к занятиям медициной. «Вы не будете назначать глав профессиональных гильдий, но вы потребуете доказательств умения; можно будет стать врачом, не посещая какой-либо школы, но вы потребуете торжественного поручательства за знания каждого кандидата — и вы примирите таким образом права личности на свободу с безопасностью общества»[2]. Здесь еще яснее, чем раньше, клиника появля-

[1] P.-C.-F. Dannou, *Rapport à l' Assemblée des Cinq-Cents sur l' Organisation des écoles spéciales* (25 floréal an V), p. 26.

[2] Ibid.

ется в качестве конкретного решения проблемы врачебного образования и определения медицинской компетенции.

Проект Дону в своей реформаторской умеренности и верности принципам III года единодушно раскритикован: «Настоящее организованное убийство», — говорит Барайон[1]. Несколькими неделями позже Комиссия народного образования представляет другой доклад, на этот раз принадлежащий Кале. Скрытый смысл его проекта, содержащего протест против различия, которое сохранялось для городских врачей, хирургов, «делавших все, что требуется в деревнях», и аптекарей, посвящавшихся в профессию с детства, состоял в том, чтобы заставить принять восстановление профессионального медицинского сословия[2].

Необходимо, чтобы пять школ, которые будут основаны в Париже, Монпелье, Нанси, Брюсселе и Анжере, были общими для врачей, хирургов и аптекарей. Обучение будет подтверждаться шестью экзаменами, на которых ученики представят свои успехи (чтобы стать хирургом, достаточно будет трех экзаменов). Наконец, в каждом департаменте жюри по здравоохранению, выбранное среди врачей и фармацевтов, «будет консультировать по всем проблемам, связанным с искусством врачевания и общественным здравоохранением»[3]. Под предлогом более рационального обучения, даваемого более многочисленными Факультетами и единообразно распределяемого среди тех, кто занимается общественным здоровьем, проект Кале в качестве основной цели имел восстановление, с помощью системы обучения и нормированных экзаменов, сословия врачей.

В свою очередь, проект Кале, поддерживаемый такими врачами, как Барайон, яростно атакуется со стороны школы Монпелье, объявляющей достаточными меры, принятые Конвентом на самом Собрании всеми теми, кто остался верен духу III года. Дело затягивается. Используя волну арестов контрреволюционеров от 18 фруктидора, Приор из Кот д'Ора, бывший член Комитета общественного спасения, добивается отзыва проекта Кале из Комиссии народного просвещения. Он упрекает его в ничтожности места,

[1] Baraillon, *Rapport au Conceil des Anciens* (6 germinal an VI), p. 2.

[2] *Rapport de J.-M. Calés sur les Ecoles spéciales de Santé* (12 prairial an V), p. 11.

[3] Ibid., articles 43–46.

которое получает в нем клиника, и возвращении к педагогике старых Факультетов: «Недостаточно, чтобы ученик слушал и читал, нужно, чтобы он еще и видел, чтобы трогал и, в особенности, упражнялся в действиях, приобретая к ним привычку»[1]. Благодаря этой аргументации Приор получает двойное тактическое преимущество: он валидизирует таким образом на научном уровне опыт, приобретенный теми, кто, начиная с 1792 года, стал в большей или меньшей степени врачом-самоучкой; с другой стороны, сам, подчеркивая, насколько клиническое образование дорогостояще, склоняется к тому, чтобы поддержать лишь Школу в Париже, вместо того чтобы увеличивать их количество, принося в жертву качество. Это был просто возврат к тому, что составляло проект Фуркруа в его первой редакции. Но тем временем Пасторе накануне переворота, который вскоре произойдет (после чего, объявив одним из руководителей роялистского заговора, его отправят в ссылку), заставил Совет пятисот принять декрет по поводу медицинской практики. Жюри, состоящее из двух врачей, двух хирургов и одного фармацевта при трех Школах здоровья, должно было контролировать тех, кто хотел бы практиковать по их ведомству; более того, «все те, кто в настоящий момент практикует искусство врачевания, не будучи законно посвященным в это в формах, предписанных старыми законами, обязан предстать перед жюри в течение трех месяцев»[2]. Все медицинские нововведения последних пяти лет должны быть подвергнуты, таким образом, ревизии, причем последняя происходит с помощью жюри, образованного старой Школой. Врачи начинают снова контролировать пополнение своих рядов; они восстанавливаются в качестве сословия, способного определить критерии своей компетенции.

Принцип согласован, но малое количество Школ здоровья делает трудным его применение. Требуя, чтобы их еще уменьшили, Приор предполагает, что это сделает применение декрета Пасторе невозможным. В любом случае, этот декрет оставался мертвой буквой, и прошло едва ли

---

[1] *Motion d'ordre de C.A. Prieur relative au projet sur les Ecoles de Santé* (séance des Cinque Cents du 12 brumaire an V), p. 4.

[2] *Rapport fait par Pastret sur un mode provisoire d'examen pour les officiers de Santé* (16 thermidor an V), p. 5.

четыре месяца после того, как он был принят, когда Директория была вынуждена снова привлечь внимание законодателей к опасности, к которой может привести граждан неконтролируемая медицина: «Неоспоримый закон требует длительного обучения, экзамена, строгого жюри для того, кто претендует на одну из профессий, относящихся к искусству врачевания; наука и умение должны приветствоваться, но неумение и неблагоразумие продолжаются; публичные наказания устрашают корыстолюбие и обуздывают преступления, имеющие известное сходство с убийством»[1]. 17 вентоза VI года Вите вновь ставит на обсуждение Совета пятисот основные направления проекта Кале: пять медицинских школ; в каждом департаменте совет по здравоохранению, занимающийся эпидемиями и «средствами сохранения здоровья обитателей и принимающий участие в выборах профессоров; серия из четырех экзаменов, проходящих в фиксированную дату». Единственная реальная новация — это создание клинического испытания: «Кандидат во врачи излагает у постели больного характер данного вида болезни и ее лечение». Таким образом, впервые в рамках институционального единства оказываются объединенными критерии теоретического и практического знания, которые могут быть связаны лишь в опыте и навыке. Проект Вите не допускает интеграции или успешной ассимиляции официальной медициной опыта самодеятельных врачей, практиковавших с 1793 года, но он признает ценность практики, полученной в больницах. Это не признание медицины «самоучек», но признание ценности опыта как такового для медицины.

План Кале в году V казался слишком строгим, план Вите, поддержанный, в свою очередь, Кале и Барайоном, породил такую же оппозицию. Он с ясностью показал, что никакая реформа образования невозможна, пока не будет решена проблема, которую она заслоняет: проблема медицинской практики. После отклонения проекта Кале Барайон предлагает Совету пятисот резолюцию, которая проясняет то, что составляло его скрытый смысл: никто не сможет практиковать в искусстве врачевания, не имея звания, присвоенного либо новыми Школами, либо прежними

[1] Message du Directiore à l'Asemblée des Cinq-Cents (24 nivôse an VI).

Факультетами[1]. Порше на Совете старейшин поддерживает этот же тезис[2]. Именно в таком политическом и концептуальном тупике находилась эта проблема. По крайней мере, все эти дискуссии позволили осветить то, что было на самом деле проблематичным: не просто количество Школ здоровья или их программа, но сам смысл медицинской профессии и привилегированный характер определяемого ею опыта.

3. ВМЕШАТЕЛЬСТВО КАБАНИСА И РЕОРГАНИЗАЦИЯ ОТ IX ГОДА

В хронологическом порядке Кабанис предложил свой проект по поводу медицинской полиции в промежутке между проектом Барайона и дискуссией Вандемьера со старейшинами от 4 мессидора VI года. На самом деле, этот текст принадлежал уже другой эпохе. Он отмечает момент, когда идеология начинает занимать активное и зачастую определяющее место в политическом и социальном переустройстве. В этой мере текст Кабаниса по поводу медицинской полиции по своему духу ближе к реформам Консулата и современной ему полемике. Если он хочет определить условия практического решения, то пытается, главным образом, дать в основных чертах теорию медицинской профессии.

Непосредственно и на практическом уровне Кабанис определяет судьбу двух проблем: проблему офицеров здравоохранения и проблему экзаменов.

Старшие офицеры здравоохранения могут быть допущены к практике без новых формальностей; другие, напротив, должны сдать специально предназначенный для них экзамен. Он ограничится «фундаментальными знаниями искусства врачевания и в особенности тем, что касается его практического применения». Что касается обычного медицинского обучения, оно должно быть санкционировано экзаменом, состоящим из письменного, устного испытания и «упражнений по анатомии, хирургии и клиниче-

[1] Baraillon, *Rapport à l'Assamblée des Cinq-Cents sur la partie de la police qui tient à la médécine* (6 germinal an VI).

[2] Porcher, *Opinion sur le mode provisoire d'examen pour les officier de Santé* (*Assemblée des Anciens*) (16 vendémiaire an VI).

ской медицине как внутренних, так и внешних болезней». Однажды установленные критерии компетенции позволят выбрать тех, кому можно безопасно доверить жизнь людей. Медицина в таком случае станет закрытой профессией: «Все лица, которые будут практиковать в медицине, не сдав экзаменов или не представ перед специальным жюри, будут оштрафованы и в случае повторения — помещены в тюрьму»[1].

Суть текста касается того, что есть по своей природе медицинская профессия. Проблема заключается в том, чтобы определить ее как закрытую область и сохранить без восстановления корпоративных структур старого режима и не в формах государственного контроля, напоминающего период Конвента.

Кабанис различает в предпринимательстве, понимаемом в широком смысле слова, две категории объектов. Некоторые имеют такую природу, что потребители сами судят об их полезности, то есть общественного сознания достаточно для определения их ценности. Последняя же, фиксированная во мнении, является внешней по отношению к объекту: она не содержит тайн, ошибок, возможных мистификаций, так как коренится в согласии. Мысль фиксировать ценность с помощью декрета имеет не больше смысла, чем желание навязать ей внешнюю истину, настоящая цена может быть лишь свободной ценой: «В социально хорошо урегулированном государстве свобода предпринимательства не должна встречать никаких преград, она должна быть полной, неограниченной, и так как развитие предпринимательства может стать полезным для того, кто им занимается, лишь в той мере, в какой оно само по себе является полезным для публики, из этого следует, что общий интерес здесь в подлинном смысле слова смешивается с частным интересом».

Но существуют такие области предпринимательства, объект которых и его ценность не зависят от коллективной оценки. Либо эти объекты относятся к тем, что служат фиксации рыночной стоимости других объектов (например, драгоценные металлы), либо речь идет о человеческой

---

[1] Cabanis, *Rapport du Conseil des Cinq-Cents sur un mode provisoire de police médicale* (4 messidor an VI), p. 12–18.

индивидуальности: здесь все ошибки становятся роковыми. Так, ценность объекта предпринимательства не может быть зафиксирована консенсусом, когда он основан на рыночных критериях или когда его существование касается кого-либо из членов консенсуса. В этих двух случаях объект предпринимательства имеет непосредственно невидимую истинную ценность: она зависит и от ошибки, и от обмана, следовательно, ее нужно измерять. Но как дать компетентной публике инструмент измерения, который содержал бы точную компетенцию? Необходимо, чтобы она делегировала государству контроль не за каждым произведенным объектом (что будет противоречить принципу свободной экономики), но за самим производителем; нужно проверять его способности, его моральные ценности и время от времени «истинную ценность и качество объектов, которые он продает». Необходимо таким же образом надзирать за врачами, как за золотых дел мастерами, то есть как за участниками вторичного производства, которые не производят ценности, но лечат тех, кто их производит или измеряет: «Вот почему особенно врачи, хирурги, фармацевты должны быть весьма тщательно проверены равно в отношении их знаний, способностей, моральных привычек. Это не есть стеснение предпринимательства и ни в коем случае не покушение на свободу индивида»[1].

Предложение Кабаниса не было принято. Однако оно намечало в основных направлениях решение, которое будет вскоре принято, предписывающее медицине статус свободной и пользующейся покровительством профессии, которую она сохраняла вплоть до XX века. Закон от 19 вентоза XI года по поводу медицинской практики сходен с идеями Кабаниса и, в более общем виде, — с идеями идеологов. Он предусматривает иерархию двух уровней в медицинском сословии: степени доктора медицины и хирургии, присвоенной одной из шести Школ, и степени офицера здравоохранения, которой удостаивались те, кого Кабанис предлагал объединить в качестве временной категории. После четырех экзаменов (анатомия и физиология, патология и нозография, медицинское дело, гигиена и судебная

[1] Cabanis, *Rapport du Conseil des Cinq-Cents sur un mode provisoire de police médicale*, p. 6–7.

медицина) доктора будут проходить испытание по клинике внутренних или внешних болезней в зависимости от того, кем они хотели бы быть: врачами или хирургами. Для офицеров здравоохранения, которые обеспечивали «самое обычное лечение», требовалось только трехлетнее обучение в Школе, к тому же и это не было необходимым — им было достаточно подтвердить пять лет практики в гражданском или военном госпитале или шесть лет в качестве ученика или помощника врача. Они будут экзаменоваться жюри департамента. Все лица, не принадлежащие к этим двум категориям, в случае занятий медицинской практикой подвергнутся наказанию от штрафа до тюрьмы.

Все это движение идей, проектов и мер, развернувшееся в период от VI до XI года, приводит к окончательному решению проблемы.

1. Чтобы установить закрытый характер медицинской профессии, стараются не заимствовать старую корпоративную модель и, с другой стороны, избежать контроля, который противоречил бы экономическому либерализму, над медицинскими актами как таковыми. Принцип отбора и контроль за ним устанавливается над самим понятием компетенции, то есть над совокупностью виртуальностей, которые характеризуют саму личность врача: знание, опыт и эта «признанная порядочность», о которой говорит Кабанис[1]. Медицинский акт должен оцениваться по тому, кто его выполняет, его истинная ценность есть функция социально признанного качества его исполнителя. Так внутри экономического либерализма, явно вдохновленного Адамом Смитом, определяется профессия, одновременно и «свободная» и закрытая.

2. В определение пригодности теперь вводится различие уровней: с одной стороны — «доктора», с другой — «офицеры здравоохранения». В этом завуалированном и вновь возвращенном разграничении обнаруживается древнее различие между врачами и хирургами, между интернистами и экстернистами, теми, кто знает, и теми, кто видит. Речь более не идет о различии в объекте, или способе его проявления, но о различии уровня опыта субъекта, который знает. Без сомнения, между врачами и хирургами уже

[1] Cabanis, ibid.

существовала институционально маркированная иерархия, но она проистекала из первичного различия в объективном поле их активности. Теперь она сместилась к качественному показателю этой активности.

3. Это разграничение имеет объективный коррелят: офицеры здравоохранения будут лечить «людей предприимчивых и активных»[1]. В XVIII веке допускалось, что простые люди, особенно в деревне, ведущие жизнь более естественную, моральную и здоровую, страдают в основном от внешних болезней, требующих хирурга. Начиная с года XI это разделение более очевидно становится социальным: чтобы лечить народ, часто поражаемый «примитивными несчастными случаями» и «простыми недомоганиями», не требуется быть «ученым и углубленным в теорию» — для этого достаточно офицера здравоохранения с его опытом. «История искусства, как и история человечества, доказывает, что природа вещей, как и порядок цивилизованного общества, настоятельно требует этого различения»[2]. Согласно идеальному порядку экономического либерализма, пирамида качества соотносится с расположением социальных слоев.

4. На чем основывается различие между теми, кто практикует искусство врачевания? Сущность образования офицера здравоохранения — годы *практики*, число которых можно увеличить до шести. Врач дополняет полученное им теоретическое образование клиническим опытом. Именно это различие между практикой и клиникой составляет самую новую часть законодательства от XI года. Практика, требуемая от офицера здравоохранения, есть *контролируемое знахарство*: уметь после того, как увидишь. Опыт интегрируется на уровне восприятия, памяти и повторения, то есть на уровне примера. В клинике речь идет о структуре куда более тонкой и сложной, где интеграция осуществляется во взгляде, являющемся в то же время знанием; это совершенно новое кодирование поля вступающих в игру объектов. Практику для фельдшеров — *откроют*, но для врачей посвящение в клинику — *предназначат*.

Это новое определение клиники было связано с реорганизацией больничной сферы. В своем начале Термидор и

---

[1] Cité sous réference par J.-C.-F. Caron, *Réflexions sur l'exercice de la médecine* (Paris, an XII).

[2] Fourcroy, *Discours prononcé au corps législatif le 19 ventôse XI*, p. 3.

Директория возвращаются к либеральным принципам Законодательного собрания. Декруа 11 термидора III года придерживается их в декрете о национализации, оставляя помощь единственно в ведении государства, тогда как ее следовало бы поместить «под защиту общего сострадания и опеку зажиточных людей»[1]. С плевиоза до жерминаля IV года правительство отправляет администрациям на местах серию циркуляров, воспроизводивших по сути моральную и экономическую критику, обращенную незадолго до Революции или в самом ее начале против принципа госпитализации (высокая стоимость лечения в больнице, привычка к безделью у того, кто получает эту помощь, финансовая нужда и нравственная убогость семьи, лишенной отца или матери). Предполагалось, что будет увеличена помощь, оказываемая на дому[2]. Тем временем эпоха стала уже не той, когда верили в ее универсальную действенность или мечтали об обществе без убежищ и больниц: нищета слишком распространилась — в год II в Париже было более 60 000 нищих[3], и их число лишь увеличивалось. Слишком опасались народных волнений, слишком не доверяли политическим злоупотреблениям при распределении помощи, чтобы возложить на нее всю систему поддержки. Для поддержки больниц, как и для привилегий медицины, необходимо найти структуру, совместимую с принципами либерализма и необходимостью социальной защиты, двусмысленно понимаемой как защиту бедности богатством и защиту богатых от бедных.

Одной из последних мер термидорианского Конвента было приостановление 2 брюмера года IV закона о национализации больничного имущества. По новому рапорту Делакруа от 12 вендемьера IV года закон от 23 мессидора II года окончательно отменяется. Проданное имущество должно быть восполнено из национального достояния и благодаря этому правительство освобождается от всех обязательств. Больницам возвращается статус юридического лица, их организация и управление ими доверяются муниципальной администрации, которая образует испол-

---

[1] Cité par Imbert, *Le droit hospitalier sous la Révolution et l' Empire*, p. 93, n. 94.

[2] Ibid., p. 104, n. 3.

[3] Cf. Soboul, Les Sans-Culottes parisiens en l'an II (Paris, 1958).

нительную комиссию из пяти человек. Эта коммунализация больниц освободила государство от необходимости помощи, передав узким сообществам обязанность солидарности с бедняками. Каждая коммуна должна была отвечать за состояние нищеты и способ, которым она оказывала ей поддержку.

Система обязательств и компенсаций между бедными и богатыми происходит теперь не по закону государства, но по своеобразному контракту, меняющемуся в пространстве, во времени, который, располагаясь на муниципальном уровне, скорее принадлежал области свободного договора.

Договор такого же рода, но более странный и более скрытый молчаливо заключается к этому же моменту между больницей, где лечат бедняков, и клиникой, где получают образование врачи. Еще в последние годы Революции здесь воспроизводится, иногда буквально, то, что было сформулировано в непосредственно предшествовавший период. Наиболее важной этической проблемой, которую порождала идея клиники, была следующая: на каком основании можно превратить в объект клинического изучения больного, принужденного бедностью просить помощи в больнице? Он просит помощи, абсолютным субъектом которой он был в той мере, в какой она могла им быть получена. Теперь его просят стать объектом осмотра, и объектом относительным, ибо его изучение предназначено для того, чтобы лучше узнать других. Более того, клиника, наблюдая, изучает, и эта ее часть, связанная с новизной, сопряжена с риском: врач в частной практике, как замечает Экин[1], должен заботиться о своей репутации, его путь будет всегда определяться не иначе как уверенностью в безопасности. «В больнице он защищен от подобных пут, и его гений может практиковать по-новому. Не противоречит ли сущности больничной помощи принцип: „Госпитальные больные во многих отношениях наиболее подходят для экспериментального лечения“?»[2]

В этом, разумеется при определенном равновесии, нет никакого ущерба ни естественным правам страдания, ни тому, чем общество обязано нищим. Больничная область

[1] J.A. Aikin, *Observation sur les hôpitaux* (Paris, 1777), p. 104.
[2] Ibid., p. 103.

двусмысленна: теоретически свободная и открытая безразличию экспериментирования, договорным характеристикам связи, объединяющей врача и больного, она обрастает обязательствами и моральными преградами в силу молчаливого, но настоятельного контракта, который связывает человека, обычно бедного, своей универсальной формой. Даже если в больнице врач не производит, будучи свободным от всех условностей, теоретических экспериментов, то он производит, входя в нее, решающий моральный эксперимент, ограничивающий его беспредельную практику закрытой системой долженствования. «Попадая в приюты, где изнемогают, объединившись, нищета и болезнь, испытываешь мучительные чувства. Это активное сострадание, это яростное желание принести утешение и облегчение, это внутреннее удовольствие, которое рождают успехи и которое усиливает зрелище распространяемого счастья»[1].

Но смотреть, чтобы знать, показывать, чтобы учить, — не является ли это молчаливым насилием, тем более противозаконным, ибо оно молчаливо, над страдающим телом, жаждущим быть успокоенным, а не демонстрируемым? Может ли боль быть спектаклем? Она может им быть, она даже должна им быть силой неуловимого права, заключающегося в том, что никто не есть тот единственный, и бедняк в еще меньшей степени, чем другие, кто мог бы получить что-то иначе, чем с помощью богача. У бедняка нет какого-либо шанса найти излечение, кроме как если другие вмешаются со своими знаниями и ресурсами, со своей жалостью. Поскольку нет болезней, вылеченных вне общества, верно то, что болезнь одних должна быть трансформирована в опыт для других и что боль таким образом получает возможность проявления: «Страдающий человек не перестает быть гражданином... История страданий, к которым он сводится, необходима для ему подобных, поскольку она учит их тому, что представляют собой болезни, которые им угрожают». Отказываясь от представления себя в качестве объекта обучения, больной «стал бы неблагодарным, потому что он пользовался бы преимуществом, даваемым соци-

[1] Menuret, *Essai sur les moyens former de bons médecins* (Paris, 1791), p. 56–57.

альностью, не платя дани благодарности»[1]. И благодаря структуре обоюдности это показывает богатому пользу от помощи, оказываемой бедным госпитализированным: платя за то, чтобы их лечили, на самом деле он заплатит за то, чтобы лучше были изучены болезни, которыми он сам может быть поражен. То, что является благотворительностью с точки зрения бедняка, трансформируется для богатого в полезное знание: «Благотворительные дары смягчают страдание бедняка, откуда в результате придут в просвещение для сохранения богача. Да, благотворители, богачи, щедрые люди, этот больной, лежащий в постели, которая создана вами, страдает в настоящий момент от болезни, которая не замедлит атаковать вас самих. Он выздоровеет или погибнет, но при том или ином событии его участь может просветить вашего врача и спасти вашу жизнь»[2].

Итак, вот слова договора, который заключают богатство и бедность для организации клинического опыта. Больница здесь находит в условиях экономической свободы возможность заинтересовать богача; клиника определит успешный поворот для другой договаривающейся стороны. Со стороны бедняка она представляет собой *интерес*, оплату больничной госпитализации по соглашению с богачом, интерес, который необходимо понять в его перегруженной плотности, так как речь идет о компенсации, имеющей смысл *объективного интереса* для науки и *жизненного интереса* для богача. Больница становится прибыльной для частной инициативы, начиная с того момента, когда страдание приходящих в нее в поисках успокоения обращается в спектакль. Благодаря достоинствам клинического взгляда помощь сводится к плате.

Эти темы, столь характерные для дореволюционной мысли и много раз сформулированные, обретают свой смысл при либерализме Директории и получают в это время непосредственное применение. Объясняя в году VII, как функционирует акушерская клиника в Копенгагене, Деманжон подчеркивает, невзирая на стыдливые и целомудренные возражения, что в нее принимаются лишь «неза-

[1] Chambon de Montaux, *Moyen de rendre les hôpitaux utiles à la nation* (Paris, 1787), p. 171–172.

[2] Du Laurens, *Moyen de rendre les hôpitaux utiles el de perfectionner la médicine* (Paris, 1787), p. 12.

мужние или объявившие себя таковыми женщины». Кажется, что ничего нельзя представить лучше, ибо целомудрие этого класса женщин «представляется наименее деликатным»[1]. Таким образом, этот класс, морально обедненный и столь социально опасный, может послужить наибольшей пользе благородных женщин. Мораль будет вознаграждена теми, кто над ней глумится, ибо эти женщины, «будучи не в состоянии совершать благодеяния, содействуют, по крайней мере, созданию медицинского блага, с лихвой возвращая его своим благодетелям»[2].

Взгляд врача есть накопление, точно вписанное в товарный обмен либерального мира...

[1] J.-B. Demangeon, *Tableau historique d'un triple établissement réuni en un seul hospice à Copenhague* (Paris, an VII), p. 34–35.

[2] Ibid., p. 35–36.

ГЛАВА VI

ЗНАКИ И СЛУЧАИ

И вот очертания клинической области, лежащие вне границ любого измерения. «Разобраться в принципах и причинах болезни, пройдя через эту спутанность и сумерки симптомов, познать природу, ее формы, ее сложность; различать с первого взгляда все ее характеристики и все ее отличия; отделить от нее с помощью живого и тонкого анализа все, что ей чуждо, предвидеть полезные и вредные события, которые должны возникать на протяжении лечения; управлять благоприятными моментами, которые порождает природа, чтобы найти выход, оценить жизненную силу и активность органов, увеличивать или уменьшать, по необходимости, их энергию; определять с точностью, когда следует действовать, а когда стоит подождать; осторожно сделать выбор между многочисленными методами лечения, предлагающими все выгоды и неудобства, выбрав тот, применение которого дает максимальную скорость, наилучшее согласие, наибольшую уверенность в успехе; использовать опыт, воспользоваться случаем; соотнести все шансы, рассчитать все случайности; подчинить себе больных и их болезни, утишить их страдания, успокоить их тревоги, угадать их нужды, поддержать их капризы; бережно обращаться с их характерами и руководить их желаниями не как жестокий тиран, царящий над рабами, но как нежный отец, который заботится о судьбе своих детей»[1].

Смысл этого торжественного и многословного текста открывается в сопоставлении с другим, лаконизм которого его парадоксально дополняет: «Необходимо, насколько возможно, сделать науку очевидной»[2]. Сколько возможностей, начиная с медленного просвещения невежества, всегда осторожного прочтения сути, подсчета времени и шансов вплоть до полюбовного господства и присвоения

---

[1] C.-L. Dumas, *Eloge de Henri Fouquet* (Montpellier, 1807), cité par A. Girbal, *Essai sur l'esprit clinique médical de Montpellier* (Montpellier, 1858), p. 18.

[2] M.-A. Petit, *Discours sur la manire d'exercer la bienfaisance dans les hépitaux* (3 nov. 1797), *Essai sur la médecine du cœur*, p. 103.

отеческого престижа, столько же форм, через которые устанавливается суверенность взгляда. Взгляд, который знает и который решает; взгляд, который управляет.

Клиника, без сомнения, не первая попытка подчинить науку опыту и суждениям взгляда. Естественная история предлагала, начиная со второй половины XVII века, анализ и классификацию живых существ по их видимым характеристикам. Все эти «сокровища», знание о которых аккумулировали Античность и Средние века, где идет речь о добродетелях растений, возможностях животных, соответствиях и тайных симпатиях, — все это попало после Рэя на окраину натуралистического знания. Напротив, осталось познание «структур», то есть форм, пространственного расположения, числа и размера элементов. Естественная история посвящает себя задаче их определения, переложения в дискурсе, сохранения, противопоставления и комбинирования, чтобы позволить, с одной стороны, определение соседства, сродства живых существ (следовательно, единство творения), а с другой — быстрое установление любой индивидуальности (следовательно, ее единственного места в творении).

Клиника требует от взгляда столько же, сколько натуральная история, иногда вплоть до аналогии: видеть, выделять черты, опознавать те из них, что идентичны, и те, что различны, перегруппировывать, классифицировать на типы или семейства. Натуралистическая модель, которой медицина с определенной стороны была подчинена, в XVIII веке оставалась активной. Старая мечта Буасье де Соважа стать Линнеем болезней была еще не окончательно забыта и в XIX веке: врачи будут долго продолжать составлять гербарии в поле патологии. Но, кроме того, медицинский взгляд организуется по новой модели. Прежде всего, это более не просто взгляд любого наблюдателя, но врача, институционально поддерживаемого и узаконенного, врача, имеющего право решения и вмешательства. Во-вторых, это взгляд, не связанный с прямой решеткой структуры (форма, расположение, число, величина), но взгляд, который может и должен схватывать цвета, вариации, мельчайшие аномалии, будучи всегда настороже по отношению к отклонению. Наконец, это взгляд, который не удовлетворится тем, что очевидно видимо, он должен позволить оценить шансы и риск: это взгляд-калькулятор.

Без сомнения, было бы неточным видеть в клинической медицине конца XVIII века простое возвращение к чистоте взгляда, долго отягощенного ложными знаниями. Речь не идет также о простом перемещении взгляда или о более тонком применении его возможностей; речь идет о новых объектах, дающихся медицинскому знанию по мере его модификации, и в то же самое время, когда познающий субъект себя реорганизует и изменяет, взгляд начинает действовать по-новому. Итак, это не есть сначала измененная концепция болезни, а затем способ ее опознания и тем более не система описания признаков, которая модифицируется вслед за теорией, но полная и глубокая связь болезни со взглядом, которому она предстоит и который ее в то же время устанавливает. На этом уровне невозможно разделить теорию и опыт, или метод и результат; необходимо вычитывать глубокие структуры наблюдаемого, где поле и взгляд связаны одно с другим посредством *кодов знания*. В этой главе мы рассмотрим их в двух основных формах: в лингвистической структуре знака и стохастической форме случая.

В медицинской традиции XVIII века болезнь презентирует себя наблюдателю в виде *симптомов* и *знаков*. Одни отличаются от других по их семантической ценности в той же степени, как по их морфологии. Симптом — отсюда его господствующее положение — есть форма, в которой проявляет себя болезнь: из всего, что видимо, он наиболее близок сущности. Он — первая транскрипция недоступной природы болезни. Кашель, лихорадка, боль в боку, трудности дыхания не являются сами по себе плевритом — последний никогда не дан ощущению, «раскрываясь не иначе как в умозаключениях», — но они образуют его «основные симптомы», поскольку позволяют обозначить патологическое состояние (в противоположность здоровью), болезненную сущность (отличающуюся, к примеру, от пневмонии) и ближайшую причину (серозный выпот)[1]. Симптомы позволяют *сделать прозрачным* неизменный, немного отстраненный, видимый и невидимый лик болезни.

Знак объявляет: прогностический — то, что вскоре произойдет; анамнестический — то, что произошло; диагностический — то, что происходит в данный момент. Между

[1] Cf. Zimmerman, *Traité de l'exprience* (Paris, 1774), t. I, p. 197–198.

ним и болезнью лежит разрыв, который он не может пересечь, не подчеркнув его, ибо он проявляется окольными путями и часто неожиданно. Он не дается знанию; самое большее — то, что, начиная с него, возможно наметить обследование. Обследование, которое наугад перемещается в пространстве скрытого: пульс выдает невидимую силу и ритм циркуляции. В дополнение знак обнажает время: посинение ногтей безошибочно объявляет о смерти, или кризы четвертого дня во время желудочных лихорадок обещают выздоровление. Пересекая невидимое, он отмечает самое удаленное, скрытое за ним, самое позднее. В нем вопрошается об исходе, о жизни и смерти, о времени, а не о неподвижной истине, истине данной и скрытой, которую симптомы устанавливают в своей прозрачности феноменов.

Так XVIII век транспонировал двойную реальность болезни: природную и драматическую; так он обосновывал истину познания и возможность практики: счастливую и спокойную структуру, где уравновешиваются система природа–болезнь с видимыми, погруженными в невидимое формами и система время–исход, которая предвосхищает невидимое благодаря ориентировке в видимом.

Эти две системы существуют сами по себе, их различие есть факт природы, которому медицинское восприятие подчиняется, но которое он не образует.

Формирование клинического метода связано с появлением взгляда врача в поле знаков и симптомов. Исследование их устанавливающих прав влечет стирание их абсолютного различия и утверждение, что впредь означающее (знак и симптом) будет полностью прозрачно для означаемого, которое проявляется без затемнения и остатка в самой своей реальности, и что существо означаемого — сердцевина болезни — полностью исчерпывается во вразумительном синтаксисе означаемого.

1. Симптомы образуют первичный неделимый слой означающего и означаемого

По ту сторону симптомов более не существует патологической сущности, все в болезни есть явление ее самой. Здесь симптомы играют наивную роль первоначальной при-

роды: «Их набор образует то, что называется болезнью»[1]. Они есть не что иное, как истина, полностью данная взгляду; их связь и их статус не отсылают к сущности, но отмечают природную общность, которая единственно имеет свои принципы сложения и более или менее регулярные формы длительности: «Болезнь есть единое целое, поскольку можно определить ее элементы; у нее есть цель, поскольку можно высчитать результат, так как она целиком лежит в границах возникновения и окончания»[2]. Симптом, таким образом, выполняет свою роль независимого указателя, будучи лишь феноменом закона появления; он находится на одном уровне с природой.

Тем не менее не полностью. Кое-что в непосредственности симптома означает патологию, благодаря чему он и противостоит феномену, просто и ясно зависящему от органической жизни: «Мы подразумеваем под феноменом любое заметное отличие здорового тела от больного; отсюда деление на то, что принадлежит здоровью, и на то, что указывает на болезнь: последнее легко смешивается с симптомами и чувственными проявлениями болезни»[3]. С помощью этой простой оппозиции формам здоровья симптом оставляет свою пассивность природного феномена и становится означающим болезни, то есть ею самой, взятой в своей полноте, ибо болезнь есть не что иное, как коллекция симптомов. Странная двусмысленность, так как в своей означающей функции симптом отсылает одновременно к связи феноменов между собой, к тому, что составляет их полноту и форму их сосуществования, и к абсолютному различию, отделяющему здоровье от болезни. Таким образом, он означает с помощью тавтологии полноту того, что есть, и своим возникновением — исключение того, чего нет. Неразложимый, он является в своем существовании чистым феноменом, единственной природой болезни, и болезнь устанавливает единственную природу специфического феномена. Когда он является означающим по отношению к самому себе, то таким образом дважды означивается: самим собой

---

[1] J.-L.-V. Brussonnet, *Tableau élémentaire de la sémiotique* (Montpellier, an VI), p. 60.

[2] Audibert-Caille, *Mémoire sur l'utilit de l'analogie en médecine* (Montpellier, 1814), p. 60.

[3] J.-L.-V. Brussonnet, *loc. cit.*, p. 59.

и болезнью, которая, характеризуя его, противопоставляет непатологическим феноменам. Но взятый как означаемое (самим собой или болезнью), он не может получить смысла иначе как в более древнем акте, не принадлежащем его сфере, в акте, который его обобщает и изолирует. Иначе говоря, в акте, который его заранее трансформировал в знак.

Эта сложность структуры симптома обнаруживается в любой философии натуральных знаков; клиническая мысль лишь перемещает в более лаконичный и зачастую более смутный словарь практики концептуальную конфигурацию, дискурсивной формой которой Кондильяк владел совершенно свободно. Симптом в общем равновесии клинической мысли почти играет роль языка действия: он понимается как таковой в общем движении природы; и ее сила проявления столь же примитивна и столь же естественно дается, как «инстинкт», порождающий эту инициальную форму языка[1]; он является болезнью в манифестном состоянии, так же как язык действия есть само по себе впечатление в движении, которое его (впечатление) длит, поддерживает и обращает во внешнюю форму того же рода, что и его внутренняя истина. Но концептуально невозможно, чтобы этот непосредственный язык приобретал смысл для взгляда другого без вмешательства акта, пришедшего из иного места: акта сознания, который Кондильяк заранее приписывает двум субъектам, лишенным речи и помысленным в их непосредственной моторике[2]; акта, особую и суверенную природу которого он скрывает, помещая его в коммуникативные и симультанные движения инстинкта[3]. Помещая язык действия в основу происхождения речи, Кондильяк таинственно проскальзывает туда, отделяя от всех конкретных фигур (синтаксис, слова и сами звуки) лингвистическую структуру языка, свойственную каждому речевому акту субъекта. Отныне для него возможно выявить краткость языка, поскольку он заранее вводит ее возможность. То же самое происходит в клинике для установления связи между этим языком действия, который и есть симптом, и недвусмысленной лингвистической структурой знака.

[1] Condillac, Essai sur l'origine des connaissances humaines (*Œuvres complètes*, an VI), t. I, p. 262.

[2] Ibid., p. 260.

[3] Ibid., p. 262–263.

2. ИМЕННО ВМЕШАТЕЛЬСТВО СОЗНАНИЯ ТРАНСФОРМИРУЕТ СИМПТОМ В ЗНАК

Знаки и симптомы являются одним и тем же и говорят об одном и том же: точнее, знак *говорит* то же самое, что точно *является* симптомом. В материальной реальности знак идентифицируется с самим симптомом; последний есть необходимая морфологическая поддержка знака. Итак, «нет знаков без симптомов»[1]. Но то, что делает знак знаком, принадлежит не к симптомам, а к активности, приходящей со стороны. Хотя высказывание «все симптомы суть знаки» истинно, но «не все знаки есть симптомы»[2] в том смысле, что все множество симптомов никогда не сможет исчерпать реальность знака. Как происходит это действие, которое трансформирует симптом в означающий элемент и точно означивает болезнь как непосредственную истину симптома?

С помощью операций, которые делают видимой совокупность поля опыта в каждом из этих моментов и рассеивают все структуры непрозрачности:

– операция, которая, сравнивая органы, суммирует: опухоль, покраснение, жар, боль, биение, ощущение напряжения становятся знаком флегмоны, поскольку их сравнивают на одной руке и на другой, у одного индивида и у другого[3];

– операция, заставляющая вспомнить нормальное функционирование: холодное дыхание у субъекта есть знак исчезновения животного тепла и отсюда — «радикального ослабления жизненных сил или их близкого разрушения»[4];

– операция, регистрирующая частотность, одновременность или последовательность: «Какая связь существует между обложенным языком, дрожанием внутреннего зева и позывом к рвоте? Она неизвестна, но наблюдение часто отмечает, что два первых феномена сопровождают это состояние, что достаточно, чтобы впредь они стали знаками»[5];

---

[1] A.-J. Landré-Beauvais, *Séméiotique* (Paris, 1813), p. 4.
[2] Ibid.
[3] Favart, *Essai sur l'entendement médical* (Paris, 1822), p. 8–9.
[4] J. Landré-Beauvais, *loc. cit.*, p. 5.
[5] Ibid., p. 6.

– и наконец, операция, которая за гранью первичных признаков обнаруживает тело и открывает на аутопсии невидимое видимое: так, исследование трупов показало, что в случае воспалительной пневмонии с выделением мокроты внезапно прерывающаяся боль и пульс, становящийся мало-помалу неопределяемым, есть знаки «гепатазации» легкого.

Итак, симптом становится знаком под взглядом, чувствительным к различиям, одновременности или последовательности и частотности. Действие спонтанно дифференцированное, обращенное к общности и памяти и к тому же исчисляющее: следовательно — акт, соединяющий в едином движении элемент и связь элементов. И, в глубине, оно и является не чем иным, как кондильяковским анализом, осуществленным в медицинском восприятии. Не идет ли речь и здесь и там просто о том, чтобы «составлять и разрушать наши идеи, для того, чтобы произвести в них различные сравнения, чтобы установить с помощью этого связи, которые существуют между ними, и новые идеи, которые они могут породить?»[1] Анализ и клинический взгляд обладают еще одной общей чертой: составлять и разрушать, лишь освещая положение, относящееся к самому порядку природного. Их искусство заключается в том, чтобы действовать лишь в акте, восстанавливающем исходность: «Этот анализ есть истинный секрет открытий, потому что он заставляет нас подняться к истоку вещей»[2]. Для клиники этот исток есть природный порядок симптомов, форма их последовательности или взаимной детерминации. Между знаком и симптомом существует решающее различие, обретающее свое значение лишь в глубине основной идентичности: знак — это и есть симптом, но в его исходной истине. Наконец на горизонте клинического опыта обрисовывается возможность исчерпывающего прочтения без неясности и остатка: для врача, знания которого будут отвечать «наивысшему уровню совершенства, все симптомы могли бы стать знаками»[3]. Все патологические проявления заговорили бы языком ясным и упорядоченным. Была бы освоена

[1] Condillac, *Essai sur l'origine des connaissances humaines*, p. 102.

[2] Ibid.

[3] Demorcy-Delettre, *Essai sur l'analyse appliqué au perfectionnement de la médicine* (Paris, 1810), p. 102.

наконец эта ясная и совершенная форма научного познания, о которой говорит Кондильяк, форма, которая и есть «совершенный язык».

3. СУЩНОСТЬ БОЛЕЗНИ ПОЛНОСТЬЮ ВЫРАЗИМА В СВОЕЙ ИСТИНЕ

«Внешние знаки принимают состояние пульса, жара, дыхания, функции суждения, искажения черт лица, нервного или спазматического возбуждения, нарушения природных потребностей, образуя с помощью различных сочетаний изолированные таблицы, более или менее отчетливые или ясно выраженные... Болезнь должна рассматриваться как совершенно неделимый, от начала до конца упорядоченный ансамбль характерных симптомов и последовательных периодов»[1]. Речь идет более не о том, *для чего* изучать болезнь, а о восстановлении на речевом уровне истории, которая полностью покрывает бытие. Исчерпывающему присутствию болезни в ее симптомах соответствует беспрепятственная прозрачность патологической сущности синтаксису дескриптивного языка: фундаментальный изоморфизм структуры болезни — вербальной форме, которая его очерчивает. Дескриптивный акт есть по полному праву захват бытия, и, напротив, бытие не позволяет увидеть себя в симптоматических и, следовательно, существенных проявлениях без представления себя овладению языком, являющимся самой речью вещей. В типологической медицине природа болезни и ее описание не могут соотноситься без промежуточного момента, являющегося со своими двумя размерностями «таблицей». В клинике *быть виденным* и *быть высказанным* сообщаются сразу в явной истине болезни, именно здесь заключено все *бытие*. Болезнь существует лишь в элементе видимого и, следовательно, излагаемого.

Клиника вводит в обращение фундаментальную для Кондильяка связь перцептивного акта с элементом языка. Описания клинициста, как и Анализ философа, высказывают то, что дано через естественную связь между действием сознания и языка. И в этом действии объявляется порядок

[1] Ph. Pinel, *La médecine clinique* (Paris, 1815), introd., p. VII.

природных последовательностей; синтаксис языка, далекий от того, чтобы искажать логическую настоятельность времени, воссоздает их в своей исходной артикулированности: «Анализировать — есть не что иное, как наблюдать в последовательном порядке качества объекта до тех пор, пока они не будут даны в сознании в симультанном порядке, в котором они существуют... Но вот что это за порядок? Природа указывает его сама; он тот же самый, в котором она предъявляет объекты»[1]. Порядок истины производит с порядком языка лишь одно действие, поскольку и один, и другой восстанавливают в своей необходимой и высказываемой, то есть *дискурсивной* форме время. *История* болезней, которой Соваж придавал неопределенно пространственный смысл, приобретает теперь хронологическую размерность. *Течение* времени занимает в структуре нового знания роль, выполнявшуюся в типологической медицине плоским пространством нозологической таблицы.

Оппозиция между природой и временем, между тем, что проявляется, и тем, что объявляет, исчезла; исчезло также разделение между сущностью болезни, ее симптомами и знаками, исчезли, наконец, зазор и дистанция, с помощью которых болезнь себя проявляет как бы находясь в глубине, с помощью которых она себя обнаруживает издалека и в непостоянстве. Болезнь ускользает из этой вращающейся структуры видимого, делающей ее невидимой, и невидимого, которое заставляет ее увидеть, чтобы рассеяться в видимом множестве симптомов, растворяющих ее смысл без остатка. Медицинское поле не будет более знать этих немых типов, заданных и скрытых, оно откроется чему-то, что всегда говорит на языке, взаимодействующем в своем существовании и смысле со взглядом, который его дешифрует, — языке неразделимо читаемом и читающем.

Изоморфный Идеологии клинический опыт представляет взгляду область непосредственного применения. Не то чтобы, следуя по пути, намеченному Кондильяком, медицина наконец-то вернулась к эмпирическому уважению к наблюдаемому, но в Клинике, как и в Анализе, каркас реального намечался по модели языка. Взгляд клинициста и раз-

[1] Condillac cité par Ph. Pinel, *Nosographie philosophique* (Paris, an VI), introd., p. XI.

мышление философа обладают аналогичным свойством, потому что оба допускают идентичную структуру объективности, где полнота бытия исчерпывается в проявлениях, которые и есть его означаемое-означающее, где видимое и проявляющееся сходятся в идентичности, по крайней мере — виртуальной; где воспринятое и воспринимаемое могут быть полностью восстановлены в языке, строгая форма которого выражает их происхождение. Дискурсивное и обдуманное восприятие врача и дискурсивное размышление философа о восприятии сойдутся в точном взаимном наложении, поскольку *мир для них есть аналог языка.*

Медицина — не надежное знание: это старая тема, к которой XVIII век был особенно чувствителен. В этой теме он снова находит обостренную к тому же недавней историей традиционную оппозицию искусства медицины и знания неодушевленных предметов: «Наука о человеке занимается слишком сложным объектом, она охватывает множество очень изменчивых фактов. Она обращается с элементами, слишком тонкими и слишком многочисленными, чтобы всегда придавать необъятности сочетаний, которую она способна воспринимать, единообразие, очевидность и достоверность, характеризующие физические и математические науки»[1]. Недостоверность со стороны объекта является знаком сложности, а со стороны науки — знаком несовершенства. Никакое объективное основание не придает гадательного характера медицине вне связи этой крайней скудности с этим чрезмерным богатством.

Этот изъян XVIII век в свои последние годы превращает в позитивный элемент познания. В эпоху Лапласа, то ли под его влиянием, то ли включаясь в движение мысли этого же типа, медицина открывает, что недостоверность может аналитически трактоваться как сумма некоторого количества изолируемых и поддающихся строгому учету уровней достоверности. Таким образом, этот смутный и негативный концепт, который обрел свой смысл в традиционной оппозиции к математическому знанию, сможет превратиться в позитивный концепт, открытый чистой технике вычисления.

---

[1] C.-L. Dumas, *Discours sur les progrès futurs de l'homme* (Montpellier, an XII), p. 27–28.

Этот концептуальный разворот был определяющим: он открывает исследованию область, где каждый установленный, изолированный, а затем противопоставленный некоторой совокупности факт смог занять место во всей серии событий, конвергенция или дивергенция которых была бы в принципе измеряемой. Он превращал каждый воспринятый элемент в *зарегистрированное событие*, а неопределенное развитие, где он обнаруживал себя помещенным, — в *случайную серию*. Он предоставляет клинической области новую структуру, где обсуждаемый индивид есть по меньшей мере больной человек, которого поражает патологический фактор, бесконечно воспроизводимый у всех похожих больных; где большинство констатации более не являются просто опровержением или подтверждением, но возрастающей и теоретически бесконечной конвергенцией; где время, наконец, есть не элемент непредвиденности, который может маскировать и которым следует управлять с помощью предвосхищающего знания, но является размерностью, которую нужно освоить, так как она вносит в свое течение серийные элементы, такие как уровень достоверности. Через заимствование вероятностного мышления медицина полностью обновила *перцептивные ценности* своей области: пространство, в котором должно реализоваться внимание врача, стало неограниченным пространством, образуемым изолируемыми событиями, форма общности которых принадлежала порядку серийности. Простая диалектика патологических классов и больного индивида, закрытого пространства и неопределенного времени в принципе разрешена. Медицина более не посвящает себя обнаружению истинной сущности под видимой индивидуальностью, она оказывается перед задачей бесконечного восприятия событий в открытом пространстве. Это и есть клиника.

Но эта схема в данную эпоху не была ни укоренена, ни осознана, ни даже установлена абсолютно связным образом. В большей степени, чем о структуре совокупности, речь идет о структурных темах, которые сополагаются без обнаружения их основания. В то время как для предыдущей конфигурации (знак–язык) связь была реальной, хотя чаще и смутной, здесь вероятность бесконечно используется как форма объяснения или подтверждения, хотя уро-

вень достигаемой ею связи слаб. Причина этого заключалась не в математической теории вероятности, но в условиях, которые позволяют сделать ее применимой: учет физиологических или патологических событий, популяционных или астрономических, был невозможен в эпоху, когда больничное поле еще располагалось на окраине медицинского опыта, где оно всегда проявлялось как карикатура или кривое зеркало. Концептуальное господство вероятностного подхода в медицине содержало в себе легализацию госпитальной области, которая в свою очередь могла быть опознана как опытное пространство лишь с помощью уже вероятностного мышления. Отсюда несовершенный, шаткий и парциальный характер расчета достоверности и то, что он должен искать смутное обоснование, противоположное своему технологическому смыслу. Так, Кабанис пытался обосновать еще формирующиеся инструменты клиники с помощью концепции, теоретический и технический уровень которой принадлежал куда более древней эпохе. Он отходил от старой концепции неопределенности, лишь чтобы оживить ее, не лучшим образом адаптировав к смутному и свободному изобилию природы. Она «ничего не вносит в точность: кажется, она хочет сохранить некоторую свободу, с тем чтобы оставить событиям, которые она описывает, эту упорядоченную свободу, позволяющую никогда не выходить за рамки порядка, но делающую их более разнообразными, придавая им больше грации»[1]. Но важная, решающая часть текста заключается в сопровождающем его примечании: «Эта свобода точно соотносится с той, которую искусство может воспроизводить в практике или, скорее, с тем, как оно ее умеряет». Неопределенность, которую Кабанис приписывает природным событиям, есть лишь пустота, оставленная, чтобы в ней установился и образовался технический остов восприятия *случая*. Вот ее основные моменты.

1. *Сложность сочетания*. Нозография XVIII века содержала в себе такую конфигурацию опыта, что туманные и сложные в своей конкретной реализации феномены более или менее прямо подчеркивали сущности, возрастающая общность которых обеспечивала уменьшение слож-

[1] Cabanis, *Du degré de certitude de la médecine* (Paris, 1819), p. 125.

ности: класс проще типа, который всегда больше, нежели наличная болезнь со всеми ее феноменами и каждая из ее модификаций у данного больного. В конце XVIII века, в таком же, как у Кондильяка, определении опыта, простота встречается не на уровне общих положений, но на первичном уровне данных, в небольшом количестве бесконечно повторяемых элементов. Это не класс лихорадок, который из-за слабой внятности концепции не выдерживает принципа вразумительности, но небольшое число элементов, необходимых, чтобы установить лихорадку во всех конкретных случаях, когда она проявляется. Комбинаторная изменчивость простых форм образует эмпирическое разнообразие: «В каждом новом случае предполагают, что это новые факты, но это лишь другие сочетания, лишь другие нюансы. Патологическому состоянию всегда свойственно небольшое количество принципиальных фактов, все другие образуются из их смешения и различных уровней интенсивности. Порядок, в котором они появляются, их значение, их разнообразные связи достаточны, чтобы породить все разнообразие болезни»[1]. Как следствие, сложность индивидуальных случаев позволяет более не учитывать неконтролируемые модификации, которые нарушают истинные сущности и побуждают расшифровывать их лишь в акте опознания, не принимая в расчет и абстрагируясь от них. Сложность может быть схвачена и опознана в самой себе, в верности без остатка всему тому, что ее презентирует, если ее анализируют, следуя принципу сочетания, иначе говоря, если определяют совокупность элементов, ее составляющих, и форму этого сочетания. Знать — значит, таким образом, восстановить движение, благодаря которому природа вступает в ассоциации. И именно в этом смысле познание жизни и сама жизнь подчиняются одним и тем же законам происхождения, в то время как для классифицирующего мышления это совпадение может существовать лишь один раз и в божественном разуме. Прогресс знания теперь имеет тот же источник и обнаруживает себя попавшим в такое же эмпирическое становление, как и развитие жизни: «Природа желала, чтобы источник нашего познания был тем же, что и в жизни. Необходимо полу-

[1] Cabanis, *Du degré de certitude de la médecine*, p. 86–87.

чать впечатления, чтобы жить, и необходимо получать впечатления, чтобы познавать»[1]. Закон развития и здесь и там — это закон сочетания из элементов.

2. *Принцип аналогии.* Комбинаторное исследование элементов рождает формы, аналогичные сосуществованию или следованию, которые позволяют идентифицировать симптомы и болезни. Медицина типов и классов равно использовала это для описания патологических феноменов: опознавалось сходство между расстройствами в одном и другом случае как сходство одного растения с другим по виду их репродуктивных органов. Но эти аналогии никогда не переносились за рамки инертных морфологических данных: речь шла о наблюдаемых формах, основные линии которых были соположимы, «об инактивных и константных состояниях тел, чуждых актуальной природе функции»[2]. Аналогии, на которые опирается клинический взгляд в познании различных болезней, знаков и симптомов, относятся к другому порядку. Они «состоят из отношений, которые существуют прежде всего между частями, образующими одну-единственную болезнь, а затем между известной болезнью и болезнью, которую следует изучить»[3]. Таким образом, понятно, что аналогия есть не больше чем относительно близкое семейное сходство, ослабевающее по мере удаления от сущностной идентичности. Это изоморфизм связи между элементами: она касается систем связи, реципрокных отношений, функционирования или дисфункции. Так, трудности дыхания есть феномен, который обнаруживается за достаточно мало различающейся морфологией при туберкулезе, астме, болезнях сердца, плеврите, цинге — но доверять такому иллюзорному сходству было бы опасно. Плодотворная аналогия, обрисовывающая идентичность симптома, — это связь, поддерживаемая с другими функциями или с другими расстройствами: мышечная слабость (обнаруживаемая при водянке), синюшный цвет лица (как при непроходимости), пятна на теле (как при оспе) и отек десен (идентичный тому, что вызывается накоплением

[1] Cabanis, *Du degré de certitude de la médecine*, p. 76–77.

[2] Audibert-Caille, *Mémoire sur l'utilité de l'anologie en médecine* (Montpellier, 1814), p. 13.

[3] Ibid., p. 30.

зубного камня) образуют констелляцию, где сосуществование элементов обрисовывает функциональное взаимодействие, свойственное цинге[1]. Это *аналогия* данных связей, которая позволяет *идентифицировать* одну болезнь в серии болезней.

Но более того: внутри одной и той же болезни и у одного больного принцип аналогии может позволить очертить в своем единстве особенности болезни. Врачи XVIII века пользовались и злоупотребляли, после концепции симпатии, понятием «осложнение», которое позволяло всегда обнаружить болезненную сущность, поскольку могло избегнуть в проявляющейся симптоматике того, что, противореча истинной сущности, трактовалось как интерференция. Так, желудочная лихорадка (горячка, головная боль, жажда, повышенная чувствительность в области эпигастрия) оставалась в согласии со своей сутью, когда она сопровождалась истощением, непроизвольной дефекацией, слабым и неравномерным пульсом, затруднением глотания: это случалось, когда она была «осложнена» адинамической лихорадкой[2]. Неукоснительное следование аналогии должно позволить избегнуть такой произвольности в разделениях и группировках. От одного симптома к другому, в одной и той же патологической совокупности, можно обнаружить некоторую аналогию в связях с вызывающими ее «внешними или внутренними причинами»[3]. Например, для желчной перипневмонии, которая многочисленными нозографами превращалась в сложную болезнь: если замечалась гомология связи, существующей между «желудочностью» (влекущей за собой пищеварительные симптомы и эпигастральные боли), раздражением легочных органов, называемым воспалением, и любым дыхательным расстройством, то симптоматологически различные сектора, обнаруживающие как бы различные болезненные сущности, позволяли тем не менее придать болезни ее идентичность — а именно *сложную фигуру* в

---

[1] C.-A. Brulley, *De l'art de conjecturer en médecine* (Paris, 1801), p. 85–87.

[2] Ph. Pinel, *Médecine clinique*, p. 78.

[3] Audibert-Caille, *loc. cit.*, p. 31.

связанном единстве, а не *смешанную реальность*, образованную пересекающимися сущностями.

3. *Восприятие повторяемости.* Медицинское знание может обрести достоверность лишь пропорционально числу случаев, в которых оно выдержит испытание: эта достоверность «будет полной, если она будет извлечена из массы достаточной вероятности, но если не существует строгой дедукции» достаточно многочисленных случаев, знание «останется на уровне предположения и вероятности, оно будет не более чем простое выражение отдельных наблюдений»[1]. Медицинская достоверность устанавливается исходя не из *полностью наблюдаемого индивидуального случая*, а исходя из *множественности полностью обозреваемых индивидуальных фактов*.

Благодаря своей множественности серия становится носителем признака совпадения. Кровохаркание помещалось Соважем в класс геморрагий, а туберкулез — в класс лихорадок: распределение согласовывалось со структурой феноменов и никакое симптоматическое совпадение не могло обсуждаться. Но если сочетание туберкулез–кровохаркание (несмотря на диссоциации в зависимости от случая, обстоятельств и моментов) достигает в общей серии некоторого удельного веса, их принадлежность (друг другу) станет, за гранью любого совпадения или любой лакуны и вне очевидного внешнего вида феноменов, существенной связью: «В исследовании наиболее частых феноменов, в созерцании порядка их связи и их регулярной последовательности обнаруживаются основания общих законов природы»[2].

Индивидуальные вариации спонтанно сглаживаются при интеграции. В типологической медицине это сглаживание особых модификаций осуществлялось только с помощью позитивной операции: чтобы достигнуть чистоты сути, необходимо было бы уже знать и уже сгладить с ее помощью слишком богатое содержание опыта, необходимо было через примитивный выбор «отличать то, что постоянно, от того, варианты чего здесь обнаруживаются в вариациях, а сущность — от того, что есть только чистая

[1] C.-L. Dumas, *Discours sur les progrès futurs de la science de l'homme* (Montpellier, an XII), p. 28.

[2] F.-J. Double, *Séméiologie générale* (Paris, 1811), t. I, p. 33.

случайность»[1]. В клиническом опыте вариации не устраняются, а исчезают сами; они уничтожаются в общей конфигурации, потому что включаются в область вероятности; никогда они не выходят за границы, сколь «неожиданными» и экстраординарными они бы ни были; анормальность есть еще одна из форм регулярности. «Изучение уродов и уродливости человеческого вида дает нам идею плодородных ресурсов природы и отклонений, которые она может учинять»[2].

В то время очень важно было отказаться от идеи идеального и прозрачного Наблюдателя, к которому гений или терпение реальных наблюдателей могли бы более или менее приблизиться. Единственный нормативный наблюдатель — множество наблюдателей: ошибки их индивидуальных перспектив исчезают в совокупности, которая обладает собственными возможностями показания. Сами их расхождения позволяют проявиться на этом уровне, где, несмотря ни на что, они выделяются, профилю неоспоримых идентичностей: «Многие наблюдатели никогда не увидят один и тот же факт одинаковым образом, по крайней мере, природа не представляется им реально одинаковым способом».

Во мраке приблизительного словаря понятия развивались и можно было рассчитать ошибку, отклонение, границы и значение среднего. Все показывает, что визуальность медицинского поля приобретает статистическую структуру и что медицина выступает для перцептивного поля уже не как сад типов, но как область событий. Но еще ничего не формализовано. Забавно, что именно в усилиях осмыслить подсчет медицинских вероятностей проявится и неудача, и основание неудачи.

Неудача, сводившаяся в принципе не к невежеству и поверхностному использованию математического аппарата[3], но к организации самого поля.

4. *Расчет уровней достоверности.* «Если однажды будет открыт при подсчете вероятностей метод, который

---

[1] Zimmermann, *Traité de l'experience,* t. I, p. 146.

[2] F.-J. Double, *Séméiologie générale,* t. I, p. 33.

[3] Brulley, например, был хорошо знаком с текстами Bernoulli, Condorset, S'Gravesandy, *Essai sur l'Art de conjecturer en médecine* (Paris, an X), p. 35–37.

смог бы быть приемлемо приспособленным к сложным объектам, абстрактным идеям, изменчивым элементам медицины и психологии, он смог бы вскоре привести к достижению наивысшего уровня достоверности, которого можно добиться в науке»[1]. Речь идет о подсчете, который с самого начала применения годится к внутренней области идей, будучи одновременно принципом анализа образующих их элементов, а начиная с частот — методом индукции. Он реализуется двусмысленным образом как логическое разложение и арифметика аппроксимации. Именно поэтому медицина конца XVIII века никогда не знала, обращается ли она к серии фактов, законы появления и конвергенции которых должны быть детерминированы только изучением повторений, или она обращается к совокупности знаков, симптомов и проявлений, связь которых следует искать в природной структуре. Она без конца колебалась между *патологией феноменов* и *патологией случаев*. Вот почему подсчет уровня достоверности стал вскоре смешиваться с анализом симптоматических элементов: весьма странным образом, именно знак в качестве элемента констелляции оказывается затронутым коэффициентом вероятности на основании чего-то вроде естественного права. Итак, то, что ему придает его ценность знака, — это не арифметика случаев, а его связь с множеством феноменов. Под видом математики обсуждается устойчивость фигуры. Термин «уровень достоверности», заимствованный из математики, обозначает с помощью примитивной арифметики более или менее необходимый характер причастности.

Простой пример позволит показать в реальности это фундаментальное смешение. Брюлле напоминает принцип, сформулированный в *Ars conjectandi* Якоба Бернулли, что любая достоверность может «рассматриваться как целая, делимая на столько вероятностей, на сколько будет нужно»[2]. Так, достоверность беременности у женщин может делиться на восемь уровней: исчезновение месячных, тошнота и рвота в первый месяц; на втором — увеличение объема матки; увеличение, еще более значительное, на

[1] C.-L. Dumas, *loc. cit.*, p. 29.
[2] C.-A. Brulley, *loc. cit.*, p. 26–27.

третьем месяце; затем выпячивание матки над лобковой костью; шестой уровень — это выпуклость всей гипогастральной области; седьмой — самопроизвольное движение плода; наконец, на восьмом уровне достоверность установлена в начале последних месяцев колебательными движениями и перемещениями[1]. Каждый из знаков несет, таким образом, сам по себе, восьмую часть достоверности: последовательность четырех первых образует половинную достоверность, «которая составляет, собственно говоря, сомнительность и может быть представлена как вид равновесия», за этим начинается вероятность[2]. Эта арифметика применения годится для лечебных назначений в той же мере, как и для диагностических знаков. Больной, которого консультировал Брюлле, хотел, чтобы ему удалили камень. За вмешательство — две благоприятные вероятности: хорошее состояние мочевого пузыря и маленький объем камня. Но против них — четыре неблагоприятные вероятности: «больному 60 лет, он мужчина, у него желчный темперамент, он подвержен кожной болезни». Однако субъект не хотел внимать этой простой арифметике; он не пережил операции.

Арифметикой случаев пытались уравновесить принадлежность к логической структуре; предполагалось, что между феноменом и тем, что он означает, связь такая же, как между событием и серией, часть которой оно составляет. Это смешение возможно лишь благодаря двусмысленным свойствам понятия анализа, которое врачи постоянно провозглашали: «Без анализа этой символической нити мы часто не смогли бы, пересекая извилистые пути, достичь убежища истины»[3]. Итак, этот анализ определен, следуя *эпистемиологической модели* математики и *инструментальной структуре* идеологии. Как инструмент он служит определению, в своей сложной совокупности, системы причастности: «С помощью этого метода разлагается, препарируется субъект, составная сложная идея; одни части изучаются отдельно после других, сначала наиболее важные, затем наименее в их разнообразных связях, в результате доходят до наибо-

[1] C.-A. Brulley, *loc. cit.*, p. 27–30.
[2] Ibid., p. 31–32.
[3] Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer* (Paris, 1807), p. 53.

лее простой идеи». Но следуя математической модели, этот анализ должен служить установлению неизвестного: «Исследуется модус сочетания, способ, каким он совершается, и тем самым с помощью индукции достигается познание неизвестного»[1].

Селль говорил о клинике, что она есть не что иное, «как само практикование медицины около постели больных», и что в этой мере она идентифицируется с «собственно практической медициной»[2]. В куда большей степени, нежели восстановление старого медицинского эмпиризма, клиника есть конкретная жизнь, одно из первых приложений Анализа. К тому же осознает ли она, полностью погруженная в противопоставление системам и теориям, свое непосредственное сродство с философией: «Почему разделились медицинские и философские науки? Почему разделяются два учения, которые смешаны в своих истоках и общем предназначении?»[3] Клиника открывает поле, сделанное «видимым» с помощью введения в область патологии грамматических и вероятностных структур. Они могут быть исторически датированы, поскольку были современны Кондильяку и его последователям. С этими структурами медицинское восприятие освобождается от игры в сущность и симптомы и от не менее двусмысленной игры в типологическое и индивидуальное: исчезает фигура, которая заставляет вращаться видимое и невидимое в соответствии с принципом, что больной одновременно скрывает и демонстрирует специфичность своей болезни. Для взгляда открывается область ясной видимости.

Но сама эта область и то, что фундаментально делает ее видимой, не имеют ли они двойного смысла? Не покоятся ли они на фигурах, которые, чередуясь, ускользают друг от друга? Грамматическая модель, приспособленная к анализу знаков, остается неявной и скрытой без формализации в глубине концептуального движения: речь идет о *перемещении форм осмысленности*. Математическая модель всегда ясна и отсылочна; она представлена как принцип концептуальной связанности процесса, свершающего-

[1] Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer*, p. 53.
[2] Selle, *Introduction à l'étude de la nature* (Paris, an III), p. 229.
[3] C.-L. Dumas, *loc. cit.*, p. 21.

ся вне ее: речь идет о *вкладе темы формализации*. Но эта фундаментальная двусмысленность не ощущается как таковая. И взгляд, устремлявшийся на эту очевидно свободную область, казался какое-то время счастливым взглядом.

ГЛАВА VII

ВИДЕТЬ, ЗНАТЬ

«Гиппократ дорожил лишь наблюдением и презирал любые системы. И только идя по его следам, медицина может быть улучшена»[1]. Но преимущества, которые клиника узнала в наблюдении, куда более многочисленны и принадлежат совершенно другой природе, чем авторитет, придаваемый ему традицией. Это одновременно авторитет чистого взгляда, предшествующий любому вмешательству, верный непосредственности, которую он схватывает без ее изменений, и авторитет, вооруженный всем логическим каркасом, который с самого начала изгоняет наивность неподготовленного эмпиризма. Необходимо сейчас описать конкретную реализацию такого восприятия.

Наблюдающий взгляд остерегается вмешательства: он нем и лишен жеста. Наблюдение остается на месте, для него нет ничего такого, что скрывалось бы в том, что себя проявляет. Коррелятом наблюдения никогда не является невидимое, но всегда непосредственно видимое, однажды устранившее препятствия, созданные благодаря теории, понимаемой в смысле воображения. В тематике клинициста чистота взгляда связана с определенным молчанием, которое позволяет слушать. Многословные рассуждения систем должны прерваться: «Все теории всегда замолкают или исчезают у постели больного»[2]; должны быть упразднены воображаемые темы, предшествующие тому, что воспринимается; должны открыться призрачные связи, заставляющие говорить то, что недоступно чувству: «Насколько редок этот совершенный наблюдатель, который умеет ждать связи с актуально действующим чувством в молчании воображения, в спокойствии разума и до вынесе-

---

[1] Clifton, *Etat de la médecine ancienne et moderne,* предисловие переводчика, не нумеровано (Paris, 1742).

[2] Corvisar, предисловие к переводу Auenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaitre les maladies internes de la poitrine* (Paris, 1808), p. VII.

ния своего суждения!»[1] Взгляд завершится в своей собственной истине и получит доступ к истине вещей, если он замрет над ней в молчании, если совсем замолчит о том, что он видит. Клинический взгляд обладает этим парадоксальным свойством *слушать язык* в тот момент, когда он *смотрит зрелище*. В клинике то, что себя проявляет, есть сначала то, что говорит. Оппозиция между клиникой и экспериментом точно раскрывается в различии между языком, который слушают и поэтому узнают, и вопросом, который задают, то есть который предписывают. «Наблюдатель читает природу, тот же, кто является экспериментатором, — спрашивает»[2]. В этой мере наблюдение и опыт противостоят друг другу, не исключая друг друга: естественно, что первое приводит ко второму, но при условии, что оно вопрошает лишь внутри словаря или языка, предоставляемого ему тем, что наблюдается. Эти вопросы не могут быть обоснованы иначе как ответы на сам ответ без вопроса, на абсолютный ответ, не содержащий никакого внутреннего языка, поскольку он является в прямом смысле первословом. Это та непреходящая привилегия начала, которую Дубль переводил в термины причинности: «Не следует смешивать наблюдения с экспериментом. Этот — есть результат или эффект, то — средство или причина: наблюдения обычно приводят к эксперименту»[3]. Взгляд, который наблюдает, проявляет свои достоинства только в двойном молчании: том относительном молчании теорий, воображения и всего того, что мешает чувственной непосредственности, и в том абсолютном молчании любого языка, которое предшествовало бы видимому. В глубине этого двойного молчания видимые вещи, наконец, могут стать слышимыми, и слышимыми единственно потому, что они видимы.

Таким образом, этот взгляд, держащийся в стороне от любого возможного вмешательства, любой экспериментальной смелости, этот не трансформирующий взгляд показывает, что его осторожность связана с надежностью его основы. Но ее недостаточно, чтобы быть тем, чем он должен быть, использовать свою осторожность или свой скептицизм; не-

[1] Corvisar, предисловие к переводу Auenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaitre les maladies internes de la poitrine*, p. VIII.

[2] Roucher-Debatte, *Leçons sur l'art d'observer* (Paris, 1807), p. 14.

[3] Double, *Séméiologie générale*, t. I, p. 80.

посредственность, к которой он обращен, открывает истину, лишь если она в то же время является первопричиной, то есть началом, принципом и законом сочетания. И взгляд должен восстановить в качестве истины то, что образовано в соответствии с происхождением: иными словами, он должен воспроизвести в свойственных ему действиях то, что дается в самом ходе созидания. Именно в этом он «аналитичен». Наблюдение есть логика на уровне перцептивного содержания; искусство наблюдать «было бы логикой для чувств, которая, в частности, обучала бы их действию и их использованию. Одним словом, это было бы искусством быть в связи с обстоятельствами, касающимися получения впечатлений об объектах в том виде, как они нам даны, и из которых можно было сделать все выводы, являющиеся их истинными следствиями. Логика есть... основа искусства наблюдать, но это искусство должно рассматриваться как одна из частей Логики, объект которой был бы более зависим от ощущений»[1].

Таким образом можно, в первом приближении, определить этот клинический взгляд как перцептивный акт, основанный на логике операций. Он аналитичен, потому что воссоздает генез соединения, но он чист от любого вмешательства в той мере, в какой этот генез есть лишь синтаксис языка, говорящего в первозданной тишине о самих вещах. Наблюдающий взгляд и то, что он воспринимает, сообщаются с помощью одного и того же Логоса, который здесь является порождением множеств, а там — логикой операций.

Клиническое наблюдение предполагает организацию двух сопряженных между собой областей: больничной и педагогической.

Больничная область есть область, где патологический факт появляется в своей единичности события и окружающей его серии. Еще совсем недавно семья образовывала естественную среду, где истина обнажалась без искажения. Теперь в ней открыта двойная возможность иллюзии: болезнь рискует быть замаскированной уходом, режимом, искажающей ее тактикой, она взята в особенности физических условий, делающих ее несопоставимой с болезнью в других условиях. С того момента, когда медицинское

[1] Senebier, *Essai sur l 'art d'observer et de faire des expriences* (Paris, 1802), t. I, p. 6.

знание определяет себя в терминах частоты, оно нуждается не в естественной среде, но в нейтральной, то есть во всех своих отделах гомогенной, чтобы сравнение было возможным, и в открытой, без принципа отбора или исключения любых патологических событий, области. Необходимо, чтобы все они были в ней возможны, и возможны одним и тем же образом. «Какой источник обучения — два медицинских пункта, рассчитанных на 100–150 больных каждый!.. Какой разнообразный спектакль лихорадок, злокачественных и доброкачественных воспалений, то развившихся в ясных проявлениях, то слабо выраженных и как бы латентных, во всех формах и модификациях, которые могут предложить возраст, образ жизни, времена года и более или менее выраженные болезни духа!»[1] Что же касается старого утверждения о том, что больницы провоцируют изменения, являющиеся одновременно патологическим расстройством и нарушением порядка патологических форм, то оно ни поддерживается, ни игнорируется, но строжайшим образом аннулируется, поскольку вышеуказанные модификации одинаково подходят любым событиям: их, таким образом, возможно изолировать с помощью анализа и обсуждать отдельно. Например, различая модификации, связанные с местностью, временем года, с природой лечения, «которого можно достичь, добившись в госпитальных клиниках и общемедицинской практике уровня предвидения и точности, который был бы к тому же достаточным»[2]. Клиника есть все же не мифический пейзаж, где болезни проявляются сами по себе и абсолютно обнаженными, она допускает интеграцию в опыте устойчивых форм больничных модификаций. То, что типологическая медицина называла *природой*, обнаруживается лишь в прерывности гетерогенных и искусственных условий. Что же касается «искусственных» госпитальных болезней, они допускают редукцию к гомогенности области патологических событий; без сомнения, больничная среда не полностью прозрачна для истины, но свойственное ей преломление допускает, благодаря своей константности, анализ истины.

[1] Ph. Pinel, *Médecine clinique* (Paris, 1815), p. II.
[2] Ibid., p. I.

Благодаря бесконечной игре модификаций и повторений больничная клиника позволяет отделить внешнее. Итак, та же самая игра делает возможным суммирование сути в знании: вариации в результате уничтожаются, и повторение постоянных феноменов самопроизвольно обрисовывает фундаментальные совпадения. Истина, указывая на себя в повторяющейся форме, указывает путь к ее достижению. Она дается знанием, даваясь опознанию. «Ученик... не может слишком хорошо освоиться с повторяющимся видом нарушений любых типов, таблицу которых его личная практика сможет впоследствии представить»[1]. Происхождение проявления истины есть также происхождение знания истины. Таким образом, нет различия в природе между клиникой как наукой и клиникой как педагогикой. Так образуется группа, создаваемая учителем и учеником, где акт познания и усилия для знания свершаются в одном и том же движении. Медицинский опыт в своей структуре и в своих двух аспектах проявления и усвоения располагает теперь коллективным субъектом: он не разделен более между тем, кто знает, и тем, кто невежествен; он осуществляется совместно тем, кто раскрывает, и теми, перед кем раскрывается. Содержание то же самое, болезнь говорит одним и тем же языком и тем и другим.

Коллективная структура субъекта медицинского опыта, *коллекционный* характер госпитальной области: клиника располагается на пересечении двух множеств. Опыт, который ее определяет, огибает поверхность их соприкосновения и их взаимной границы. Там она обретает свое неисчислимое богатство, но также свою достаточную и закрытую форму. Она выкраивает ее из бесконечной области перекрестом взгляда и согласованных вопросов. В клинике Эдинбурга клиническое наблюдение состояло из четырех серий вопросов: первая — о возрасте, поле, темпераменте, профессии больного; вторая — о симптомах, от которых он страдает; третья имела отношение к началу и развитию болезни; и, наконец, четвертая — была обращена к отдаленным причинам и предшествовавшим событиям[2]. Другой метод — он использовался в Монпелье — состоял в общем об-

[1] Maygrier, *Guide de l'étudiant en médecine* (Paris, 1818), p. 94–95.
[2] Ph. Pinel, *Médecine clinique*, p. 4.

следовании всех видимых изменений организма: «1 — расстройства, представляющие телесные качества в целом; 2 — те, что отмечаются в выделяемых субстанциях; 3 — наконец те, что могут быть выявлены с помощью исследования функции»[1]. К этим двум формам исследования Пинель адресует один и тот же упрек: они не ограничены. Первую он упрекает: «Среди этого изобилия вопросов... как уловить существенные и специфические признаки болезни?», а вторую — симметричным образом: «Какой необъятный перечень симптомов!.. Не отбрасывает ли это нас к новому хаосу?»[2] Ставящиеся вопросы неисчислимы. То, что нужно увидеть, — бесконечно. Если клиническая область открывается только задачам языка или требованиям взгляда, то она не имеет ограничения и, следовательно, организации. У нее есть границы, форма и смысл, лишь если опрос и обследование артикулируются один в другом, определяя на уровне общего кода совместное «место встречи» врача и больного. Это место клиника в своей первичной форме пытается определить с помощью трех средств.

1. *Чередование моментов расспроса и моментов наблюдения.* В схеме идеального опроса, обрисованного Пинелем, общий первоначальный показатель визуален: наблюдается актуальное состояние в его проявлениях. Но внутри этого обследования вопросник уже обеспечил место языка: отмечаются симптомы, которые сразу затрагивают ощущения наблюдателя. Но тотчас после этого больного спрашивают об испытываемых им болях; наконец — смешанная форма видимого и говоримого, вопрошания и наблюдения — констатируется состояние основных известных физиологических функций. Второй момент помещен под знаком языка, а также времени, воспоминания, развития и последовательных эпизодов. Речь прежде всего идет о том, чтобы сказать, что было в данный момент воспринимаемым (напомнить формы поражения, последовательность симптомов, появление их актуальных свойств и уже примененные снадобья), затем необходимо спросить больного или его близких о его внешнем виде, его профессии, прошлой жизни. Третий момент наблюдения снова является момен-

[1] Ph. Pinel, *Médecine clinique*, p. 5.
[2] Ibid., p. 3, 5.

том видимого. Ведется учет день за днем развития болезни по четырем рубрикам: развитие симптома, возможного появления новых феноменов, состояния секреции, эффекта от употреблявшихся медикаментов. Наконец, последний этап, резервируемый для речи: предписание режима для выздоровления[1]. В случае кончины большинство клиницистов — но Пинель менее охотно, чем другие, и мы увидим почему — оставляет для взгляда последнюю, наиболее решающую инстанцию — анатомию тела. В упорядоченном колебании от речи к взгляду болезнь мало-помалу объявляет свою истину, истину, которую она позволяет увидеть и услышать, текст, который несмотря на то, что имеет лишь один *смысл*, может быть восстановлен в своей полноте лишь через два *чувства*: наблюдение и слушание[2]. Вот почему расспрос без осмотра или осмотр без вопрошания будут обречены на бесконечную работу: ни одному из них не доступно заполнить лакуны, зависящие лишь от другого.

2. *Стремление к установлению устойчивой формы корреляции между взглядом и речью.* Теоретическая и практическая проблема, поставленная перед клиницистами, заключалась в том, чтобы выяснить: возможно ли ввести в пространственно отчетливую и концептуально связанную репрезентацию то, что в болезни вскрывается видимой симптоматикой, и то, что открывается словесным анализом. Эта проблема проявилась в техническом затруднении, ясно разоблачающем требования клинической мысли: *таблице*. Возможно ли интегрировать в таблице, то есть в структуре одновременно видимой и читаемой, пространственной и вербальной, то, что замечается взглядом клинициста на поверхности тела, и то, что слышится тем же самым клиницистом в сущностном языке болезни? Выход, без сомнения наиболее наивный, дает Фордайс: на оси абсцисс он наносит пометки, касающиеся климата, времени года, преобладающих болезней, темперамента больного, его чувствительности, внешнего вида, возраста и предшествовавших случаев; на оси ординат он отмечал симптомы, следуя органу или функции, в которых они проявлялись (пульс, кожа, температура, мышцы, глаза, язык, рот, дыха-

[1] Ph. Pinel, *Médecine clinique*, p. 57.

[2] В оригинале игра слов: sens — «смысл» и «чувство». (*Примеч. перев.*)

ние, желудок, кишечник, моча)[1]. Ясно, что это функциональное различие между видимым и декларируемым, а затем их связь в мифе аналитической геометрии не могли быть сколько-нибудь эффективными в работе клинического мышления; подобное усилие было значимо лишь для данных задачи и терминов, которые предполагалось связать. Таблицы, составленные Пинелем, кажутся более простыми, на самом же деле их концептуальная структура изощренней. То, что наносится на ось ординат, как и у Фордайса, — симптоматологические элементы, предъявляемые болезнью восприятию. Но на оси абсцисс он отмечает знаковую ценность, которую могут иметь эти симптомы: так, в случае острой лихорадки болезненная чувствительность в эпигастрии, мигрень, сильная жажда считаются желудочными симптомами. Напротив, истощение, напряжение в брюшной области имеют смысл адинамии. Наконец, боль в членах, сухой язык, учащенное дыхание, пароксизмы, в особенности в вечернее время, — знаки одновременно желудочности и адинамии[2]. Каждый видимый сегмент обретает, таким образом, сигнификативное значение, а таблица — функцию анализа в клиническом познании. Но очевидно, что аналитическая структура не дается и не раскрывается таблицей самой по себе. Она ей предшествует, и корреляция между каждым симптомом и его симптоматологической ценностью зафиксирована для всех разом существенно *a priori*; за ее функцией, кажущейся аналитической, таблица нужна, лишь чтобы разместить видимое внутри уже данной концептуальной конфигурации. Работа же устанавливает не связи, но чистое и простое распределение того, что дано воспринимаемой протяженностью в заранее определенном концептуальном пространстве. Она ничему не учит, она всего-навсего позволяет опознавать.

3. *Идеал исчерпывающего описания.* Произвольный или тавтологичный вид этих таблиц отклонял клиническое мышление к другой форме связи между видимым и высказываемым. Связи, продолжающейся до полного описания, то есть дважды верной: по отношению к своему объекту оно должно в результате утратить лакуны, а в языке, где

[1] Fordyce, *Essai d'un nouveau plan d'observations médicales* (Paris, 1811).
[2] Ph. Pinel, *Médecine clinique*, p. 78.

оно выражается, не должно допускать никаких отклонений. Описательная строгость станет равнодействующей *точности* высказывания и *правильности* наименования, тем, что, по Пинелю, «есть метод, которому следуют нынче во всех других разделах естественной истории»[1]. Так язык становится ответственным за две функции: своим значением точности он устанавливает корреляцию между каждым сектором видимого и элементом высказываемого, соответствующего ему наиболее верным образом. Но этот высказываемый элемент внутри своей роли описания запускает в действие функцию называния, которая своей артикуляцией в стабильном и фиксированном словаре позволяет произвести сравнение, обобщение и размещение внутри множества. Благодаря этой двойной функции работа описания обеспечивает «мудрую осторожность, чтобы подняться к обобщенному восприятию, не представляя реальность в абстрактных терминах» и «простое, упорядоченное распределение, неизменно основанное на отношениях структур или органических функций частей»[2].

Именно в этом исчерпывающем и окончательном переходе от *полноты видимого* к *структуре совокупности высказываемого* наконец завершается сигнификативный анализ воспринимаемого, который наивная геометрическая архитектура таблицы не могла обеспечить. Именно описание, или скорее скрытая работа языка в описании, допускает трансформацию симптома в знак, переход от больного к болезни, от индивидуального к концептуальному. Именно там завязывается, благодаря спонтанным достоинствам описания, связь между случайным полем патологических событий и педагогической областью, где формулируется порядок их истины. Описывать — значит следовать предписанию проявлений, но это также — следовать внятной очевидности их генеза; это знать и видеть в одно и то же время, так как говоря о том, что видится, его непроизвольно интегрируют в знание. Это также — учиться видеть, поскольку это дает ключ к языку, удостоверяющему видимое. Качественный язык, в котором Кондильяк и его последователи видели идеал научного знания, не следова-

[1] Ph. Pinel, *Nosographie philosophique*, Introd., p. III.
[2] Ibid., p. III–IV.

ло искать, как это слишком поспешно делали некоторые врачи[1], в направлении языка исчислений, но в направлении языка, соразмерного[2] сразу и вещам, которые он описывает, и речи, в которой он их описывает. Необходимо, таким образом, заменить мечту об арифметической структуре медицинского языка поиском некоторой внутренней меры, обеспечивающей верность и неподвижность, исходную, абсолютную открытость вещам и строгость в обдуманном использовании семантических оттенков. «Искусство описывать факты есть высшее в медицине искусство, все меркнет перед ним»[3].

Поверх всех этих усилий клинической мысли определить свои методы и научные нормы парит великий миф чистого Взгляда, который стал бы чистым Языком: глаза, который бы заговорил. Он перенесся бы на совокупность больничного поля, принимая и собирая каждое из отдельных событий, происходящих в нем, и в той мере, в какой он увидел бы больше и лучше, он создал бы речь, которая объявляет и обучает. Истина, которую события своим повторением и совпадением обрисовывали бы, под этим взглядом и с его помощью в том же самом порядке была бы сохранена в форме обучения для тех, кто не умеет видеть и еще не видел этого говорящего взгляда слугой вещей и хозяином истины.

Понятно, как после революционной мечты об абсолютно открытой науке и практике вокруг этих тем мог восстановиться некоторый медицинский эзотеризм: отныне видимое виделось лишь тогда, когда был известен Язык; вещи давались тому, кто проник в закрытый мир слов; если эти слова сообщались с вещами, то это происходило, когда они покорялись правилу, свойственному их грамматике. Этот новый эзотеризм по своей структуре, смыслу и применению отличался от того, что заставлял говорить на латыни медиков Мольера: тогда речь шла только о том, чтобы не быть понятым и сохранять на уровне доходов языка[4]

---

[1] Cf. *supra*, chap. VI.

[2] В оригинале игра слов: mesuré — осторожный, соразмерный, мерный. (*Примеч. перев.*)

[3] Amard, *Association intellectuelle* (Paris, 1821), t. I, p. 64.

[4] В оригинале игра слов: recette — рецепт, доход, выручка. (*Примеч. перев.*)

корпоративные привилегии профессии; теперь же благодаря правильному употреблению синтаксиса и трудной семантической непринужденности языка пытаются обрести операциональное господство над вещами. Описание в клинической медицине дано не для того, чтобы сделать скрытое или невидимое достижимым для тех, кто не имеет к ним выхода, но чтобы разговорить то, на что весь мир смотрит, не видя, и чтобы заставить его говорить только тем, кто посвящен в истинную речь. «Сколько бы предписаний ни давалось по поводу столь деликатного предмета, он всегда останется вне досягаемости толпы»[1]. Мы обнаруживаем там, на уровне теоретических структур, эту тему посвящения, план которого уже содержится в институциональной конфигурации этой же эпохи[2]: мы находимся в самой сердцевине клинического опыта — форма *проявления* вещей в их истинности, форма *посвящения* в истину вещей, всего того, что Буярд 40 лет спустя объявит банальностью очевидности: «Медицинская клиника может рассматриваться либо как наука, либо как способ обучения медицине»[3].

Взгляд, который слушает, и взгляд, который говорит: клинический опыт представляет момент равновесия между высказыванием и зрелищем. Равновесия непрочного, ибо оно покоится на великолепном постулате: что все *видимое* может быть *высказано* и что оно *целиком* видимо, потому что полностью *высказываемо*. Но безостаточная обратимость видимого в высказываемое остается в клинике скорее требованием и границей, чем исходным принципом. Полная *описываемость* есть существующий и удаленный горизонт, это куда больше мысленная мечта, чем основная концептуальная структура.

Во всем этом есть простое историческое оправдание: логика Кондильяка, служившая эпистемологической моделью клиники, не допускала науки, где видимое и высказываемое рассматривались бы как полностью адекватные. Философия Кондильяка была мало-помалу передвинута от исходного впечатления к операциональной логике знаков, затем от этой логики — к обоснованию знания, которое

---

[1] Amard, *Association intellectuelle*, I, p. 65.
[2] Cf. *supra*, chap. V.
[3] Boullard, *Philosophie médicale* (Paris, 1831), p. 224.

было одновременно языком и вычислением: использованное на этих трех уровнях, и каждый раз в различных смыслах; понятие *элемента* обеспечивало на протяжении этого размышления двусмысленную непрерывность, но без определенной и связной логической структуры. Кондильяк никогда не выделял универсальной теории элемента — будь это перцептивный, лингвистический или исчисляемый элемент; он без конца колебался между двумя логическими операциями: логикой генеза и логикой исчисления. Отсюда двойное определение анализа: редуцировать сложные идеи «к простым идеям, из которых они состоят, следовать развитию их порождения»[1] и искать истину «с помощью определенного варианта исчисления, то есть сочетая и разлагая понятия, чтобы сравнить их наиболее удачным образом в поисках того, что имеется в виду»[2].

Эта двусмысленность влияла на клинический метод, но последний реализовывался, следуя концептуальному движению, которое абсолютно противоположно эволюции Кондильяка, буквально меняя местами исходную и конечную точки.

Он отступает от требования исчисления к примату порождения, то есть после поисков определения постулата эквивалентности видимого высказываемому с помощью *универсальной* и строгой исчисляемости, он придает ему смысл полной и исчерпывающей *описываемости*. Сущностная операция принадлежит уже не порядку комбинаторики, но порядку синтаксической транскрипции. Об этом движении, которое возобновляет в обратном смысле все мероприятие Кондильяка, ничто не свидетельствует лучше, чем мысль Кабаниса при сопоставлении с анализом Брюллея. Последний хочет «рассматривать достоверность как полностью делимую на такие вероятности, которые желательны»; «вероятность есть, таким образом, уровень, часть достоверности, от которой она отличается, как часть отличается от целого»[3]; медицинская достоверность, таким образом, должна достигаться сочетанием вероятностей. После установления правил Брюллей объявляет, что он не пойдет далее в присутствии более знаменитого врача, что-

[1] Condillac, *Origine des connaissances humaines*, p. 162.
[2] Ibid., p. 110.
[3] C.-A. Brolley, *Essai sur l'art de conjecturer en médecine*, p. 26–27.

бы внести в этот сюжет знания, которые он едва ли мог предоставить[1]. Весьма правдоподобно, что речь идет о Кабанисе. Итак, в *Медицинских революциях* определенная форма науки определяется не способом подсчета, но организацией, значение которой главным образом заключается в выражении. Речь уже не идет о внедрении исчисления для того, чтобы перейти от вероятного к достоверному, но о том, чтобы зафиксировать синтаксис, чтобы перейти от воспринимаемого элемента к связности высказывания: «Теоретическая часть науки должна быть, таким образом, простым изложением цепочки классификаций и всех фактов, из которых эта наука состоит. Она должна быть, так сказать, суммарным выражением»[2]. И если Кабанис помещает вычисление вероятности в обоснование медицины, то лишь в качестве элемента, наряду с другими, в общей конструкции научного рассуждения. Брюллей пытается найти свое место на уровне *Языка исчисления*. Кабанис обильно цитирует этот последний текст, его мысль эпистемологически находится на одном уровне с *Эссе об основаниях знания*.

Можно было бы подумать — и все клиницисты данного поколения в это верили, — что вещи пребывали бы там, где на этом уровне возможно непроблематичное равновесие между формами сочетания видимого и синтаксическими правилами высказывания. Короткий период эйфории, золотой век, не имевший будущего: видеть, говорить и учиться видеть, говоря то, что видится, сообщаются в непосредственной прозрачности; опыт был по полному праву наукой, и «знать» двигалось в ногу с «сообщать». Взгляд безапелляционно читал текст, в котором он без труда воспринимал ясное высказывание, чтобы восстановить его во вторичном и идентичном дискурсе: представленное видимым, это высказывание, нисколько не изменившись, побуждало видеть. Взгляд восстанавливал в своей высшей практике структуры видимого, которые он сам внес в свое поле восприятия.

Но эта обобщенная форма прозрачности оставляет непрозрачным статус языка или, по крайней мере, систему

[1] Brulley, ibid.

[2] Cabanis, *Coup d'œil sur les Révolutions et la réforme de la médecine* (Paris, 1804), p. 271.

элементов, которые должны быть одновременно основанием, оправданием и тонким инструментом. Подобная недостаточность, характерная в то же самое время и для Логики Кондильяка, открывает поле для некоторого числа маскирующих его эпистемологических мифов. Но они уже сопровождают клинику в новое пространство, где видимость сгущается, нарушается, где взгляд сталкивается с темными массами, с непроницаемыми объемами, с черным камнем тела.

1. *Первый из этих эпистемологических мифов касается алфавитной структуры болезни.* В конце XVIII века алфавит казался грамматистам идеальной схемой анализа и окончательной формой расчленения языка и путем его изучения. Этот образ алфавита переносился без существенных изменений на определение клинического взгляда. Наименее возможным наблюдаемым сегментом, от которого следует двигаться и по ту сторону которого невозможно продвинуться, является единичное впечатление, получаемое от больного или, скорее, от симптома у больного. Он не означает ничего сам по себе, но обретет смысл и значение, начнет говорить, если образует сочетание с другими элементами: «Отдельные изолированные наблюдения для науки — то же самое, что буквы и слова для речи; последняя образуется стечением и объединением букв и слов, механизм и значение которых должны быть обдуманы и изучены, чтобы обеспечить их правильное и полезное потребление. То же самое относится к наблюдению[1]. Эта алфавитная структура гарантирует только то, что всегда можно достигнуть конечного элемента. Она обеспечивает и то, что число этих элементов будет конечно и ограничено. То же, что разнообразно и очевидно бесконечно, есть не первичное впечатление, но их сочетание внутри одной и той же болезни: так же как небольшое число «модификаций, обозначенных грамматистами под именем согласных» достаточно, чтобы придать «выражению чувств точность мысли», так же и для патологических феноменов «в каждом новом случае кажется, что это новые факты, тогда как это есть лишь другие сочетания. В патологическом статусе есть лишь небольшое количество принципиальных феноменов... Порядок их по-

[1] F.-J. Double, *Séméiologie général* (Paris, 1811), t. I, p. 79.

явления, их значение, их разнообразные связи достаточны, чтобы породить все разнообразие болезней»[1].

2. *Клинический взгляд производит над сущностью болезни номиналистическую редукцию.* Составленная из букв, болезнь не имеет никакой реальности, кроме порядка их сочетания. Их разнообразие сводится в окончательном анализе к этим нескольким простым типам, и все, что может быть выстроено ими или над ними, — есть лишь Имя. И имя в двух смыслах: в смысле, используемом номиналистами, когда они критикуют субстанциональную реальность абстрактных или обобщенных понятий, и в другом смысле, более близком философии языка, поскольку форма композиции сущности болезни принадлежит лингвистическому типу. По отношению к индивидуальному и конкретному существу болезнь — лишь имя; по отношению к образующим ее изолированным элементам она обладает совершенно строгой архитектурой вербального означения. Задаваться вопросом о том, что является сущностью болезни, — «все равно как если бы задаваться вопросом, какова природа сущности слова»[2]. Человек кашляет; он отхаркивает кровь; он дышит с трудом; у него учащенный и жесткий пульс; его температура повышается — что ни непосредственное впечатление, то, если можно так выразиться, буква. Объединившись, они образуют болезнь — плеврит: «Но что же такое плеврит?.. Это стечение образующих его случайностей. Слово „плеврит“ лишь их кратко описывает». «Плеврит» не привносит с собой ничего, кроме самого по себе слова. Он «выражает умственную абстракцию», но как слово он есть хорошо определенная структура, сложная фигура, «в которой все или почти все события обнаруживаются в сочетании. Если одно или несколько из них отсутствуют — это совсем не плеврит или, по меньшей мере, не настоящий плеврит»[3]. Болезнь как имя — есть частное бытие, но как слово — оно обладает конфигурацией. Номиналистская редукция существования освобождает постоянную истину. И вот почему:

3. *Клинический взгляд совершает над патологическими феноменами редукцию химического типа.* Взгляд нозогра-

[1] Cabanis, *Du dégré de certitude* (Paris, 1819), p. 86.
[2] Ibid., p. 66.
[3] Ibid.

фистов вплоть до конца XVIII века был взглядом садовника; необходимо было опознать в разнообразии внешнего вида специфическую сущность. В начале XIX века вводится другая модель — модель химической операции, которая, изолируя составные элементы, позволяет определить композицию, установить общие точки сходства и различия с другими множествами и основать, таким образом, классификацию, базирующуюся более не на специфических типах, но на формах связи: «Вместо того чтобы следовать примеру ботаников, не должны ли нозологисты скорее принять систему химиков-минерологов, то есть довольствоваться классификацией элементов болезни и их наиболее частых сочетаний?»[1] Понятие анализа, с которым мы уже познакомились, примененное к клинике в квазилингвистическом и квазиматематическом смысле[2], теперь приблизится к химическому смыслу: оно будет иметь в качестве горизонта изоляцию чистых веществ и создание таблицы их сочетаний. Осуществляется переход от темы комбинаторики к теме синтаксиса и, наконец, к теме сочетания.

И соответственно, взгляд клинициста становится функциональным аналогом огня химических горелок. Именно благодаря ему сущностная чистота феноменов может освободиться: он является агентом, отделяющим истины. И совсем как пламя выдает их тайну лишь в живости самого огня, и было бы напрасным ворошить однажды погасший огонь, оставивший лишь мертвую золу, *caput mortuum*, точно так же в речевом акте и живой ясности, которая проливается на феномены, раскрывается истина: «Это совсем не останки болезненного пламени, вносящие в медицину знания; это род пламени»[3]. Клинический взгляд — это взгляд, сжигающий вещи до их конечной истины. Внимание, с которым наблюдают, и движение, которым высказывают, в конце концов восстанавливаются в этом парадоксальном пожирающем акте. Реальность, рассуждение о которой он спонтанно читает, чтобы восстановить ее такой, какова она есть, не столь адекватна самой себе, как можно было бы это предположить: ее истинность дается в разложении, кото-

[1] Demorcy-Delettre, *Essai sur l'analyse appliqué au perfectionnement de la medecine*, p. 135.

[2] Cf. *supra*, chap. VI.

[3] Amard, *Association intellectuelle*, t. II, p. 389.

рое лучше, чем чтение, ибо речь идет об освобождении внутренней структуры. Отсюда видно, что клиника существует не просто для чтения видимого, она — для раскрытия тайн.

4. *Клинический опыт идентифицируется с хорошей чувствительностью.* Медицинский взгляд — это не то же, что интеллектуальный взгляд, способный под явлением обнаружить неискаженную чистоту сущностей. Это — конкретный чувствительный взгляд, взгляд, переходящий от тела к телу, весь путь которого располагается в пространстве осязаемых проявлений. Полная истина для клиники есть чувственная истина. «Теория почти всегда молчит или исчезает у постели больного, чтобы уступить место наблюдению и опыту. Эх! На чем основываются наблюдения и опыт, если не на связи с нашими чувствами? И что будет с тем и другими без этих верных проводников?»[1] Если это знание на уровне непосредственного использования чувств не дано сразу, если оно может приобретать глубину и мастерство, то не за счет смещения плоскости, позволяющего ему достичь иного, чем оно само, а благодаря полностью внутреннему господству в своей собственной области; оно углубляется лишь на свой уровень, относящийся к чистой чувствительности, так как ощущение никогда не рождает ничего, кроме ощущения. Что же тогда такое «взгляд врача, который часто берет верх над самыми обширными познаниями и наиболее прочным образованием, если не результат частого, методического и правильного упражнения чувств, из которого происходит эта легкость применения, эта живость связей, эта уверенность суждения, иногда столь быстрого, что все действия кажутся симультанными и совокупность которых подразумевается под названием чутья?»[2]. Таким образом, эта чувственность знания, которая тем не менее содержит в себе соединение больничной и педагогической сфер, определение области вероятности и лингвистической структуры реального, связывается в хвале непосредственной чувствительности.

Вся размерность анализа разворачивается единственно на уровне эстетики. Но эта эстетика не только определяет

[1] Corvisart, предисловие к переводу Auenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaitre les maladies internes de la poitrine* (Paris, 1808), p. VII.

[2] Ibid., p. X.

исходную форму любой истины; в то же время она предписывает правила исполнения. На следующем уровне она становится эстетикой в том смысле, что предписывает нормы искусства. Чувственная *истина* открывает в дополнение к самим по себе чувствам *красивую* чувствительность. Вся сложная структура клиники кратко излагается и свершается в чарующей быстроте искусства: «В медицине все или почти все, зависящее от взгляда или счастливого инстинкта, уверенности, находится скорее в самих ощущениях артиста, нежели в принципах искусства»[1]. Техническая основа медицинского знания превращается в советы осторожности, вкуса, умения, требуется «великая проницательность», «большое внимание», «большая точность», «большая ловкость» и «великое терпение»[2].

На этом уровне все правила приостановлены или, скорее, те правила, которые образуют сущность клинического *взгляда*, заменяются мало-помалу и в кажущемся беспорядке теми, что вскоре образуют взор, и они существенно различны. Взгляд в самом деле содержит в себе открытую область, и его основная активность относится к сукцессивному порядку чтения. Он констатирует и обобщает, он восстанавливает постепенно имманентные структуры, он распространяется на мир, который уже является миром языка, и вот почему он спонтанно объединяется со слухом и речью. Он формирует как особую артикуляцию два фундаментальных аспекта *Говорения* (то, что высказано, и то, о чем говорится). Взор же не витает над полем, он упирается в точку, которая обладает привилегией быть центральным или определяющим пунктом. Взгляд бесконечно модулирован, взор двигается прямо: он выбирает, и линия, которую он намечает, в одно мгновение наделяет его сутью. Он направлен, таким образом, за грань того, что видит; непосредственные формы чувствительности не обманывают его, так как он умеет проходить сквозь них, по существу он — демистификатор. Если он сталкивается со своей жесткой прямолинейностью, то чтобы разбить, чтобы возмутить, чтобы оторвать видимость. Он не стеснен никакими заблуждениями языка. Взор нем как указательный палец, ко-

[1] Cabanis, *Du dégré de certitude* (3 d., Paris, 1819), p. 126.
[2] Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer* (Paris, 1807), p. 87–99.

торый изобличает. Взор относится к невербальному порядку контакта, контакта, без сомнения, чисто идеального, но в конечном итоге более *поражающего,* потому что он лучше и дальше проникает за вещи. Клиническое око открывает сродство с новым чувством, которое ему предписывает свою норму и эпистемологическую структуру: это более не ухо, обращенное к речи, это указательный палец, ощупывающий глубину. Отсюда эта метафора *осязания*, с помощью которой врачи без конца хотят определить, что такое их взгляд[1].

Представленный самому себе в этом новом образе, клинический опыт вооружается, чтобы исследовать новое пространство: осязаемое пространство тела, которое в то же самое время есть непрозрачная масса, где скрываются секреты, невидимые повреждения и сама тайна происхождения. И медицина симптомов мало-помалу приходит в упадок перед этими органами, локализацией и причинами, перед клиникой, полностью упорядоченной патологической анатомией. Это эпоха Биша.

[1] Corvisar, текст, цитированный выше, p. 122.

ГЛАВА VIII

ВСКРОЙТЕ НЕСКОЛЬКО ТРУПОВ

Очень рано историки связали новый дух медицины с открытием патологической анатомии; она появилась с тем, чтобы определить его суть, продвигать его, прикрывать, формируя одновременно и наиболее живое выражение, и самое глубокое обоснование; казалось, методы анализа, клиническое обследование, вплоть до реорганизации школ и госпиталей, заимствуют его значение. «Во Франции для медицины началась совершенно новая эпоха... анализ, примененный к исследованию физиологических феноменов, просвещенный вкус к писаниям Античности, объединение медицины и хирургии, организация клинических школ — произвели эту удивительную революцию, характеризуемую прогрессом в области патологической анатомии»[1]. Она получила любопытную привилегию внести первичные принципы своей позитивности в завершающий момент знания.

Почему произошла эта хронологическая инверсия? Почему время того, что содержалось в самом начале, открывая и уже оправдывая путь, разместится в конце движения? На протяжении 150 лет повторяли одно и то же объяснение: медицина не смогла найти подходов к тому, что ее научно обосновывало, медленно и с осторожностью совершая обход такого главного препятствия, как религия, мораль, глупые предрассудки, запрещавшие вскрытие трупов. Патологическая анатомия жила полуподпольной жизнью на границах запрета, благодаря смелости тайных знаний и терпя проклятия; вскрывали только под сенью неверных сумерек, в великом страхе мертвых: «перед рассветом, с приближением ночи» Вальсальва «украдкой пробирался на кладбища, чтобы там изучить на досуге развитие жизни и ее разрушение»; видели, в свою очередь, как Моргани «рылся в гробницах и погружал свой скальпель в трупы,

---

[1] P. Rayer, *Sommaire d'une histoire abrégée de l'anatomie pathologique* (Paris, 1818), introd., p. V.

покоящиеся в гробу»[1]. Затем наступило Просвещение; смерть обрела право на ясность и стала для философии объектом и источником знаний: «Когда философия принесла свой факел цивилизованным народам, было наконец разрешено устремить испытывающий взгляд на безжизненные останки человеческого тела, и эти останки, еще недавно бывшие гнусной жертвой червей, становятся плодородным источником наиболее полезных истин»[2]. Прекрасная метаморфоза трупа: не слишком уважительное отношение приговорило его к гниению, к черной работе разложения; в дерзости жеста, который режет только для того, чтобы пролить свет, труп становится самым ясным моментом облика истины. Знание движется туда, где формировалась личинка.

Эта реконструкция исторически ложна. Моргани в середине XVIII века не испытывал трудностей с вскрытием трупов, как и, несколькими годами позже, Гюнтер. Конфликты, о которых поведал его биограф, носили скорее анекдотический характер и не указывали ни на какую оппозицию принципу. Венская клиника, начиная с 1754 года, включала секционный зал, точно такой же, как был создан Тиссо в Пави; Дезо в Отель-Дье почти свободно «демонстрировал на безжизненном теле повреждения, делавшие искусство бесполезным»[3]. Достаточно вспомнить статью 25 декрета Марли: «Предписываем магистратам и директорам госпиталей снабжать трупами профессуру для анатомических показов и обучения хирургическим операциям»[4]. Итак, в XVIII веке нет недостатка в трупах, нет ни разрушенных погребений, ни черных анатомических месс, вскрытия совершенно не были тайной. Благодаря часто встречающейся в XIX веке иллюзии, которой Мишле придал размеры мифа, история одолжила концу старого режима оттенки последних лет Средневековья, смешав с раздорами Возрождения проблемы и споры Aufclärung[5].

---

[1] Rostan, *Traité élémentaire de diagnostic, de prognostic, d'indications thérapeutiques* (Paris, 1826), t. I, p. 8.

[2] J.-L. Alibert, *Nosologie naturelle* (Paris, 1817), Préliminaire, I, p. LVI.

[3] Cf. l'histoire de l'autopsie du géant, *in* D. Ottley, Vie de John Hunter, in *Œuvres complètes de* J. Hunter (trad. fr., Paris, 1839), t. I, p. 126.

[4] M.-A. Petit, Eloge de Desault (1795), in *Médecine du cœur*, p. 108.

[5] Здесь — Просвещение. (*Примеч. перев.*)

В истории медицины эта иллюзия имеет точный смысл, она употребляется как ретроспективное оправдание: если старые верования имели столь долго такую силу запрета, то как же медики должны были испытывать, со всей силой своего стремления к познанию, вытесненную потребность вскрывать трупы. Здесь — источник заблуждения и безмолвная причина, заставляющая его свершаться с таким постоянством: со дня, когда появилось допущение, что поражение объясняет симптом и что патологическая анатомия обосновывает клинику, следовало призвать в свидетели преобразованную историю, в которой вскрытие трупа, по крайней мере в качестве научной потребности, предшествовало наконец объективному наблюдению больных: необходимость познать смерть уже должна существовать, когда появляется желание понять живое. В любом случае воображалось нечто вроде черной мессы вскрытия, церкви воинствующей и страдающей анатомии, скрытый дух которой оправдывал бы клинику до своего проявления в регулярной, дозволенной и повседневной практике аутопсии.

Но хронология не податлива: Моргани публикует свой *De sedibus*[1] в 1760 году и через *Sepulchretum*[2] Боне находится в явной преемственности с Вальсава. Леотар обобщает эти работы в 1767 году. Без всяких моральных или религиозных споров труп становится частью медицинской области. Итак, у Биша и его современников сорок лет спустя возникает чувство нового открытия патоанатомии по другую сторону мрачной зоны. Латентный период отделяет текст Моргани, так же как и открытие Ауэнбрюггера от их использования Биша и Корвизаром: сорок лет, бывшие теми годами, когда сформировался клинический метод. Именно там, а не в старых навязчивых тревогах покоится момент вытеснения: клиника, нейтральный взгляд, устремленный на проявления, частотность и хронологию, занятый объединением симптомов и их схватыванием в языке, был по своей структуре чужд этому исследованию немого и вечного тела; причины или локализация были ему безразличны: история, но не география. Анатомия и клиника не однородны: сейчас, когда установлена и дале-

[1] О местонахождении (лат. — *Примеч. перев.*).
[2] Кладбище (лат. — *Примеч. перев.*).

ко отодвинута во времени связь клиники и анатомии, может показаться весьма странным, что именно клиническое мышление в течение сорока лет мешало воспринять урок Моргани. Конфликт существовал не между юным знанием и старыми верованиями, но между двумя обликами знания. Для того чтобы внутри клиники обрисовать и воспринять призыв к патологической анатомии, требовалось взаимное приспособление: здесь — появление новых географических линий, а там — нового способа чтения времени. На исходе этого противоречивого структурирования познание живой и неопределенной болезни смогло приспособиться к ясной видимости смерти.

Снова открыть Моргани не означало, однако, для Биша разрыва с клиническим опытом, который был только что приобретен. Напротив, верность методу клиницистов в сущности остается. И именно по другую ее сторону забота, разделяемая им с Пинелем, придает основание нозологической классификации. Парадоксальным образом возвращение к вопросам *De sedibus* происходит, начиная с проблемы группировки симптомов и упорядочивания болезней.

Как *Sepulchretum* и множество трактатов XVII и XVIII веков, тексты Моргани обеспечивали спецификацию болезни с помощью локального распределения симптомов или их исходных моментов. Анатомическое распределение было руководящим принципом нозологического анализа: исступление принадлежало, как и апоплексии, заболеваниям головы, астма, перипневмония и кровохаркание образовывали близкий класс, потому что локализовались в груди. Болезненное сродство покоилось на принципе органического соседства: пространство, его определявшее, было локальным. Классификационная медицина, а затем клиника оторвали патологический анализ от этого регионализма и установили для него пространство одновременно и более сложное, и более абстрактное, где оно было проблемой порядка, последовательности, совпадений и изоморфизма.

Основное открытие *Трактата о мембранах*, систематизированное затем в *Общей патологии*, — это принцип расшифровки телесного пространства, являющегося сразу интерорганическим, интраорганическим и трансорганиче-

ским. Анатомический элемент перестал определять фундаментальную форму пространственного распределения и управления через отношение соседства путями физиологического и патологического сообщения: он стал лишь вторичной формой первичного пространства, устанавливающего его с помощью свертывания, соположения, уплотнения. Это фундаментальное пространство целиком определялось тонкостью ткани. *Общая анатомия* насчитывала их 21: клеточная, нервная животной жизни, нервная органической жизни, артериальная, венозная, ткань выделяющих сосудов, поглощающих, костная, медуллярная, хрящевая, фиброзная, фибро-хрящевая, животно-мышечная, мышечная, слизистая, серозная, синовиальная, железистая, кожная, эпидермоидная и волосяная. Мембраны есть индивидуальные тканевые варианты, которые, несмотря на их крайнюю тонкость, «связываются только непрямыми организационными отношениями с соседними частями»[1]. Глобальный взгляд всегда смешивает их с органом, который они покрывают или определяют. Существует анатомия сердца без различения перикарда, легкого — без изоляции плевры, брюшина смешивается с желудочными органами[2]. Но можно и следует производить анализ этих органических объемов по тканевым поверхностям, если требуется понять сложность функционирования и их поражения: полые органы выстланы слизистыми мембранами, покрыты «жидкой субстанцией», которая обычно смачивает их свободную поверхность и которая обеспечивается маленькими железами, присущими их структуре. Перикард, плевра, брюшина, паутинная оболочка — есть серозные мембраны, «характеризующиеся лимфатической жидкостью, без конца их увлажняющей, которая отделена выделениями кровяной массы». Надкостница, твердая мозговая оболочка, апоневрозы сформированы из мембран, «не увлажненных никакой жидкостью», и «образованы из белого волокна, аналогичного сухожилиям»[3].

Исходя из одних лишь тканей, природа работает с крайней простотой материалов. Они являются элементами

[1] X. Bichat, *Traité des membranes* (éd. de 1827), с замечаниями Magendie, p. 6.

[2] Ibid., p. 1.

[3] Ibid., p. 6–8.

органов, но они их пересекают, объединяют и образуют под ними «пустые» системы, где человеческое тело обретает конкретные формы своего единства. Будет существовать столько же систем, сколько тканей; в них сложная индивидуальность, неисчислимость органов растворяется и разом упрощается. Так природа демонстрирует «единообразие во всех способах своего действия, изменчивых лишь в их результатах, скупость средств, которые она использует, чудо достигаемых результатов, изменяя тысячью способов несколько общих принципов»[1]. Органы появляются между тканями и системами как простые функциональные извивы, целиком относительные в их роли или их расстройствах, в элементах, их образующих, и в совокупностях, в которые они включены. Необходимо анализировать их плотность и проецировать ее на две поверхности: частную — их мембран и общую — их систем. И Биша заменяет принцип диверсификации по органам, который управляет анатомией Моргани и его предшественников, принципом тканевого изоморфизма, основанного на «симультанной идентичности внешнего строения, структуры, жизненных свойств и функций»[2].

Два структурно очень различных восприятия: Моргани хочет воспринимать под телесной поверхностью плотность органов, облик которых точно определяет болезнь; Биша желает свести органические объемы к большим тканевым гомогенным поверхностям, к плоскости идентичности, где вторичные модификации обнаруживают свое фундаментальное сродство. Биша предписывает в *Трактате о мембранах* диагональное чтение тела, которое осуществляется, следуя поверхностям анатомического сходства, пересекающим органы, покрывающим, разделяющим, составляющим и разлагающим их; анализируя и в то же время *связывая*. Речь идет именно о том же способе восприятия, что был заимствован клиникой у философии Кондильяка: выделение элементарного, которое есть в то же самое время универсальное, и методический разбор, который, обозревая формы расщепления, описывает законы сочетания. Биша является в прямом смысле аналитиком: редукция органического *объ-*

[1] X. Bichat, *Traité des membranes*, p. 2.
[2] Ibid., p. 5.

ема к тканевому пространству из всех применений анализа, возможно, наиболее близка математической модели, которой она уподобляется. Глаз Биша — это глаз клинициста, потому что он предоставляет абсолютную эпистемологическую привилегию *поверхностному взгляду*.

Авторитет, очень скоро завоеванный *Трактатом о мембранах*, парадоксальным образом происходит от того, что его по существу отделяло от Моргани и размещало в прямом направлении клинического анализа: анализа, смысл которого он, тем временем, утяжеляет.

Поверхностный взгляд, тот, что был у Биша, существует не точно в том смысле, как это было в клиническом опыте. Тканевая поверхность более совсем не то, что таксономическая таблица, где упорядочивались патологические эквиваленты, предложенные восприятию. Она есть сегмент самого воспринимаемого пространства, с которым можно соотнести феномены болезни. Отныне, благодаря Биша, поверхностность обретает плоть в реальных поверхностях мембран. Тканевые плоскости образуют перцептивный коррелят этого поверхностного взгляда, определявшего клинику. Поверхность, структура наблюдающего становится фигурой наблюдаемого с помощью реального разрыва, где медицинский позитивизм вскоре найдет свои истоки.

Отсюда облик, приобретенный с самого начала патологической анатомией, — наконец объективного, реального и несомненного фундамента описания болезни: «Нозография, основанная на поражении органов, станет необходимо инвариантной»[1]. На самом деле, тканевый анализ позволяет установить поверх географического распределения Моргани общие формы патологии; через органическое пространство будут обрисованы большие семьи болезней, имеющие одни и те же главные симптомы и один тип развития. Все воспаления серозных мембран опознаются по их уплотнению, исчезновению прозрачности, по их беловатому цвету, поражению зернистого характера, срастанию, которое они образуют с прилежащими тканями. И так же как традиционные нозологии начинались с определения наиболее общих классов, патологическая анатомия будет дебютировать «историей общих поражений в каждой си-

[1] *Anatomie Pathologique* (Paris, 1825), p. 3.

стеме», какой бы орган или область не были бы поражены[1]. Внутри каждой системы затем следовало установить вид, который приобретают в зависимости от ткани патологические феномены. Воспаление, обладающее одной и той же структурой во всех серозных мембранах, не поражает их все с одинаковой легкостью и не развивается в них с одной и той же скоростью: в порядке убывания восприимчивости располагаются плевра, брюшина, перикард, вагинальная оболочка и, наконец, паутинная оболочка[2]. Присутствие ткани одной и той же структуры в разных частях организма позволяет вычитывать от болезни к болезни сходство, сродство, короче, всю систему взаимодействия, записанную в глубокой конфигурации тела. Эта конфигурация, не будучи локальной, образуется совмещением конкретных общностей любой системы, организованной импликацией. В глубине она обладает той же внутренней логической структурой, что и нозологическое мышление. С другой стороны, клиника, из которой она исходит и которую хочет обосновать Биша, возвращается не к географии органов, а к порядку классификации. Перед тем как стать *локализационной*, патологическая анатомия была *порядковой*.

Тем не менее она придает анализу новое и решающее значение, показывая в противоположность клиницистам, что болезнь есть не пассивный и смутный объект, к которому его необходимо прилагать, что в той мере, в какой она уже сама является активным субъектом, она безжалостно подвергает организм испытанию. Если болезнь анализируется, то потому, что она сама по себе является анализом, и мыслительное разложение может быть только не чем иным, как повторением в сознании врача того, что в теле определяет болезнь. Многие авторы, такие как Льето, еще путали паутинную и мягкую оболочки, хотя Ван Хорн во второй половине XVII века хорошо их отличал. Патология же их ясно разделяет. В результате воспаления мягкая оболочка краснеет, демонстрируя, что она полностью принадлежит к сосудистым тканям; в этом случае она более твердая и сухая. Паутинная оболочка — более плотного белого цвета и покрыта клейким экссудатом; она одна может быть пора-

[1] *Anatomie générale* (Paris, 1801), avant-propos, p. XCVII.
[2] *Anatomie Pathologique*, p. 39.

жена водянкой[1]. В органической целостности легкого плеврит поражает лишь плевру, перипневмония — паренхиму, катаральный кашель — слизистые мембраны[2]. Дюпюитрен показал, что эффект лигатуры не однороден на всей глубине артериального канала: как только ее начинают накладывать, средняя и внутренняя оболочки поддаются и разделяются; сопротивление оказывает только клеточная оболочка, к тому же самая внешняя, потому что ее структура более плотна[3]. Принцип тканевой однородности, обосновывающий общие патологические типы, соотносится в качестве коррелята с принципом реального разделения органов в результате болезненного поражения.

Анатомия Биша сделала куда больше, чем предоставила методам анализа поле объективного применения: он превратил анализ в основной момент патологического процесса. Он реализует его внутри болезни, в основе ее истории. Ничто, в определенном смысле, не удалено более от неявного номинализма клинического метода, где анализ обращается если не к словам, то по меньшей мере к сегментам восприятия, всегда готовым быть записанными в языке: теперь речь идет об анализе, втянутом в серию реальных феноменов и выступающем в жанре расщепления функциональной сложности на аналитическую простоту. Он освобождает элементы, которые для того, чтобы быть изолированными с помощью *абстракции*, становятся не менее реальными и конкретными. В сердце он проявляет перикард, в мозгу — паутинную оболочку, в кишечном аппарате — слизистую. Анатомия смогла стать патологической лишь в той мере, в какой спонтанно анатомизируется патология. Болезнь, аутопсия во мраке тела, препарирование живого.

Энтузиазм, который Биша и его последователи испытывали сразу же после открытия патологической анатомии, обрел там свой смысл: они не находили Моргани по другую сторону Пинеля или Кабаниса, они обнаружили анализ в самом теле. Они делают явным глубоко скрытый порядок поверхностей, определяют для болезни систему *аналитических классов*, где элемент патологического раз-

---

[1] *Traité des membranes*, p. 213–264.

[2] *Anatomie Pathologique*, p. 12.

[3] Cité *in* Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale* (Paris, 1820), t. I, p. 88.

ложения был принципом обобщения болезненных типов. Осуществлялся переход от аналитического восприятия к восприятию реальных анализов. И, совершенно естественно, Биша опознал в своем открытии событие, симметричное открытию Лавуазье: «У химии есть свои простые тела, которые образуют с помощью различных сочетаний сложные тела... Так же точно у анатомии есть простые ткани, которые... своими сочетаниями образуют органы»[1]. Метод новой анатомии, так же как и химии, — анализ. Но анализ, отделенный от своей лингвистической поддержки и определяющий пространственную делимость вещей в большей степени, чем вербальный синтаксис событий и феноменов.

Отсюда парадоксальное оживление классификационного мышления в начале XIX века. Хотя патологическая анатомия через несколько лет получит основания рассеять старый нозологический проект, она придаст ему новую энергию в той мере, в какой покажется, что она сможет придать ему прочное основание: реальный анализ в соответствии с воспринимаемыми поверхностями.

Всегда было удивительно, что Биша цитировал в принципе своего открытия текст Пинеля — Пинеля, который вплоть до конца своей жизни оставался глух к основным урокам патологической анатомии. В первом издании *Нозографии* Биша мог прочитать эту фразу, сверкнувшую для него как молния: «Что в том, что паутинная оболочка, плевра, брюшина располагаются в различных частях тела, если эти мембраны обладают общим соответствием структуры? Не страдают ли они от поражений, аналогичных состоянию плеврита?»[2] Здесь, по сути дела, одно из первых определений принципа аналогий, примененного к клеточной патологии. Но долг Биша по отношению к Пинелю еще больше, поскольку он обнаружил в *Нозографии* сформулированными, но не выполненными требования, которым должен отвечать этот принцип изоморфизма: от анализа — к классификационному значению, которое позволяет привести в общий порядок нозологическую таблицу. В распределении болезней Биша вначале определяет место «расстройствам, общим для каждой системы», какой бы орган

[1] *Anatomie générale*, t. I, p. XXVIII.
[2] Pinel, *Nosographie philosophique*, I, p. XXVIII.

или область не были бы поражены, он согласует эту общую форму лишь с воспалениями и злокачественными опухолями; другие поражения носят местный характер и должны изучаться последовательно, орган за органом[1]. Органическая локализация вводится лишь в качестве резидуального метода там, где не может работать правило клеточного изоморфизма; Моргани использовался заново только в случае недостаточности более адекватного разбора патологических феноменов. Лаеннек полагает, что этот лучший разбор станет со временем возможен: «Когда-нибудь можно будет засвидетельствовать, что почти все типы поражения могут существовать в любых частях человеческого тела и что они представляют в каждом из них лишь небольшие модификации»[2]. Биша, возможно, сам недостаточно доверял своему открытию, предназначенному, тем не менее, «изменить лицо патологической анатомии»; он сохранил, полагает Лаеннек, одну слишком прекрасную часть географии органов, к которой достаточно прибегнуть, чтобы анализировать расстройства формы и положения (вывихи, грыжи) и расстройства питания, атрофии и гипертрофии. Может быть, когда-нибудь можно будет рассматривать гипертрофии сердца и гипертрофии мозга как принадлежащие к одному и тому же патологическому семейству. Лаеннек, напротив, анализирует без местных ограничений инородные тела и в особенности нарушения текстуры, имеющие одну и ту же типологию в любых тканевых ансамблях: это всегда либо распад непрерывности (раны, переломы), либо накопление или выделение естественных жидкостей (жировые опухоли или апоплексия), либо воспаления, как при пневмонии или гастрите, либо, наконец, случайное развитие тканей, не существовавших до болезни. Это случаи скирров или туберкул[3]. В эпоху Лаеннека Алибер пытается в соответствии с химической моделью установить медицинскую номенклатуру: окончание *оз* указывает на общие формы поражения (гастроз, лейкоз, энтероз), окончание *ит* указывает на раздражение тканей, окончание *рея* — на выпот, разлитие и т. д. В этом единственном проекте по

[1] *Anatomie générale*, t. I, p. XCVII–XCVIII.

[2] R. Laënnec, *Dictionnaire des Sciences médicales*, article «Anatomie pathologique» (II, p. 49).

[3] Ibid., p. 450–452.

фиксации скрупулезного и аналитичного словаря он смешивает безо всякого смущения (ибо это было еще концептуально возможно) темы нозологии ботанического типа с темами локализации в стиле Моргани, темы описания с темами патологической анатомии: «Я пользуюсь методом ботаников, уже предложенным Соважем, методом, состоящим в сближении объектов, обладающих сходством, и разделении тех, что не обладают никакой аналогией. Чтобы достичь этой философской классификации, чтобы придать ей неизменные и закрепленные основания, я объединял болезни по органам, являющимся их специфическим местоположением. Видимо, это единственное средство найти характеристики, обладающие наибольшим значением для клинической медицины»[1].

Но как можно приспособить анатомическое восприятие к чтению симптомов? Каким образом симультанное множество пространственных феноменов способно обосновать связность временной серии, которая по отношению к ней, по определению, является целиком внешней? Начиная с Соважа и вплоть до Дубля, сама идея анатомического основания патологии имела своих противников, совершенно убежденных, что видимые поражения трупа не могут обрисовать сущности невидимой болезни. Как в сложном патологическом ансамбле различить *сущностный порядок* от *серии впечатлений*? Является ли у больного плевритом прилегание легкого к телу одним из феноменов болезни или механическим следствием раздражения?[2] Та же трудность в распределении *первичного* и *производного*: при раке привратника обнаруживаются скиррозные элементы в сальнике и брыжейке, где же находится первичный патологический очаг? Наконец, анатомические знаки плохо определяют интенсивность болезненных процессов: существуют очень выраженные органические поражения, приводящие лишь к легким нарушениям функционирования, но невозможно предположить, что столь крошечная опухоль в мозге может привести к смерти[3]. Никогда не описывая ни-

[1] J.-L. Alibert, *Nosologie naturelle* (Paris, 1817), avertissement, p. II, и другие классификации, основанные на патологической анатомии у Marandel (*Essai sur les irritations*, Paris, 1807) или у Andral.

[2] F.-J. Double, *Séméiologie générale*, t. I, p. 56–57.

[3] Ibid., p. 64–67.

чего, кроме видимого в его простой, окончательной и абстрактной форме пространственного существования, анатомия не может ничего сказать о том, что является последовательностью, процессом и текстом, читаемым во временном порядке. Клиника симптомов ищет живое тело болезни, анатомия предлагает ей лишь труп.

Труп — это двойной обманщик, так как к феноменам, которые смерть прерывает, добавляются те, что она провоцирует и размещает в органах в порядке свойственного ей времени. Хорошо известны феномены разложения, которые трудно отличить от тех, что принадлежат клинической картине гангрены или гнилостной лихорадки; зато существуют феномены деградации или нивелирования: покраснение в результате раздражения очень быстро исчезает с прекращением циркуляции. Прерывание естественных движений (пульсации сердца, движения лимфы, дыхания) само по себе определяет следствия, которые нелегко отличить от болезненных элементов: эмболия мозга и быстро следующее за этим слабоумие — являются ли они результатом кровоизлияния или прерванной смертью циркуляции? Наконец, может быть, следует учитывать то, что Хантер назвал «стимулом смерти» и что запускает остановку жизни, не принадлежа болезни, но будучи от нее зависимой[1]. В любом случае, феномены истощения, возникающие за счет хронической болезни (мышечная дряблость, снижение чувствительности и проводимости), обнаруживают скорее некоторую связь жизни со смертью, чем определенную патологическую структуру.

К патологической анатомии, стремящейся основать нозологию, ставится две серии вопросов: одна, касающаяся совмещения временной совокупности симптомов и пространственного сосуществования тканей; другая — смерти и строгого определения ее связи с жизнью и болезнью. В своем усилии разрешить эти проблемы анатомия Биша опрокидывает все свои первичные постулаты.

Чтобы обойти первую серию противоречий, казалось, что нет нужды менять саму структуру клинического взгляда: не достаточно ли того, чтобы рассматривать умерших так же, как рассматривают живых? И применять к трупам

[1] J. Hunter, *Œuvres complètes* (Paris, 1839), t. I, p. 262.

диакритический принцип медицинского наблюдения: *патологический факт существует лишь в сравнении.*

В применении этого принципа Биша и его последователи снова открывают не только Кабаниса и Пинеля, но Моргани, Боне и Вальсава. Первые анатомы хорошо знали, что следовало быть «тренированным в оперировании здорового тела», если требуется распознать на трупе болезнь: каким образом иначе можно различить кишечную патологию от этих «полипозных уплотнений», которые вызывают смерть или которые периодически встречаются у здоровых людей?[1] Необходимо также сравнивать мертвых субъектов и больных, учитывая старый принцип, формулировавшийся уже в *Sepulchretum*: поражения, свойственные любому телу, определяют если не причину, то по крайней мере местоположение болезни и, возможно, ее природу; те же, что при аутопсии отличаются друг от друга, принадлежат порядку следствия, симпатического отношения или осложнения[2]. Наконец, противоречие между тем, что наблюдают в пораженном органе, и тем, что знают о его нормальном функционировании: необходимо постоянно «сравнивать эти точные и подлинные феномены здоровой жизни каждого органа с расстройствами, которые каждый из них демонстрирует при его поражении»[3].

Но свойство клинико-анатомического опыта состоит в том, чтобы применять диакритический принцип к измерению куда более сложному и проблематичному — тому, где начинают артикулироваться опознаваемые формы истории патологии и видимые элементы, которым она позволяет проявиться в однажды законченном виде. Корвизар мечтает заменить старый трактат 1760 года текстом, базовой и абсолютной книгой по патологической анатомии, которая будет называться: *De sedibus et causis morborum per signa diagnostica investigatis et per anatomen confirmatis*[4]. Эту клинико-анатомическую согласованность, которую Кор-

---

[1] Morgani, Recherches anatomiques (éd. de *l'Encyclopédie des Sciences médicales*, 7 section, t. VII), p. 17.

[2] Th. Bonet, *Sepulchretum* (Préface); этот принцип был напомнен Morgagni (ibid., p. 18).

[3] Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques, du cœur et des gros vaisseaux* (Paris, 1818), Discours préliminaire, p. XII.

[4] «О местонахождении и причинах болезней, по внешним проявлениям обнаруженных и анатомически подтвержденных» (лат. — *Примеч. перев.*). — Corvisart, *loc. cit.*, p. V.

визар воспринимает в смысле подтверждения нозологии аутопсией, Лаеннек определяет в противоположном направлении — в виде согласования поражения с симптомами, которые оно вызывает: «Патологическая анатомия есть наука, имеющая целью познание видимых поражений, которые состояние болезни производит в органах человеческого тела. Вскрытие трупов есть средство достижения этого знания, но чтобы достичь прямой пользы... следует его соединить с наблюдением симптомов или нарушений функций, совпадающих с каждым типом поражения органов»[1]. Необходимо, таким образом, чтобы медицинский взгляд следовал пути, который до сих пор для него не был открыт: вертикальному пути, идущему от поверхности симптомов к тканевой поверхности, пути вглубь, который ведет от того, что проявляется, к тому, что скрыто, пути, который нужно пройти в двух смыслах и, если угодно, непрерывно от одной границы до другой, определить сплетение существенных необходимостей. Медицинский взгляд, который мы видели устремленным на плоскости двух измерений тканей и симптомов, будет должен, чтобы соединить их, сам переместиться вдоль третьего измерения. Таким образом будет определен клинико-анатомический объем.

Взгляд углубляется в пространство, которое ему презентируется для задачи осмотра. Клинический разбор в своей первичной форме содержит в себе внешнего дешифрующего субъекта, который вначале и за гранью того, что он разбирает, упорядочивает и определяет сродство. В клинико-анатомическом опыте медицинский глаз должен видеть болезнь, выставленную напоказ, и выставленную перед ним в той мере, в какой он продвигается среди ее объемов, обрисовывая их, или среди масс, которые он приподнимает или погружает в их глубину. Болезнь более не пучок характеристик, разбросанных то здесь, то там на поверхности тела и связанных между собой статистически наблюдаемым совпадением или последовательностью; она есть совокупность форм, искажений, образов, событий, смещенных, разрушенных или измененных элементов, объединенных один с другим в соответствии с географией, кото-

[1] Laënnec, article «Anatomie pathologique», *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. II, p. 47.

рую можно проследить шаг за шагом. Это более не патологическое пространство, заключенное в теле там, где это было возможно, это само тело, становящееся больным.

В первом приближении можно было бы подумать, что здесь речь идет только о сокращении дистанции между познающим субъектом и объектом познания. Не оставался ли врач XVII и XVIII веков «на расстоянии» от своего больного? Не рассматривал ли он его издалека, наблюдая лишь поверхностные и непосредственно видимые признаки, выслеживая феномены без контакта, без пальпации, без аускультации, угадывая внутреннее лишь с помощью внешних меток? Не зависело ли изменение в медицинском познании в конце XVIII века в сущности от того, что врач приблизился к больному, что он протянул руку и приложил ухо, что таким образом изменяя масштаб, он стал замечать то, что существовало непосредственно за видимой поверхностью и что, таким образом, он мало-помалу приходил к «проходу с другой стороны» и обнаруживал болезнь в тайной глубине тела?

Здесь речь идет о минимальной интерпретации изменения. Но теоретическая сдержанность не должна обманывать. Она приносит с собой некоторое количество требований или отношений, которые остаются довольно плохо проработанными: прогресс наблюдения, забота о развитии и расширении опыта, все более и более значительная верность тому, что могут обнаружить чувственные данные, отход от теории систем к выгоде реального научного эмпиризма. И за всем этим предполагалось, что субъект и объект познания остаются тем, что они есть: их большая близость и лучшее соответствие единственно позволяют объекту раскрыться с большей ясностью или в присущих ему скрытых деталях и тому, что субъект разоблачает иллюзии, мешающие истине. Будучи установленными разом для всего и окончательно поставленные друг перед другом, они могут в течение какой-либо исторической трансформации лишь сблизиться, сократить свою дистанцию, уничтожив препятствия, которые их разделяют, обретя форму взаимного соответствия.

Но именно в этом, без сомнения, состоял проект, касающийся старой теории познания, достоинства и недостатки которой были давно известны. Чуть уточненный истори-

ческий анализ обнаруживает по ту сторону этого соответствия другой принцип трансформации: он солидарно направлен на тип познаваемого объекта; на сеть, которая заставляет его появляться, изолирует его и вырезает элементы, подлежащие возможному познанию; на позицию, которую субъект должен занять, чтобы их определить; на инструментальное опосредствование, позволяющее их уловить, на модальности регистрации и память, которую он должен привести в действие; на формы концептуализации, которые он должен использовать и которые квалифицируют его как субъекта легитимного знания. То, что модифицировано, предоставляя место клинико-анатомической медицине, это, таким образом, не простой поверхностный контакт между познающим субъектом и познанным объектом, это более общая диспозиция знания, определяющая взаимное положение и взаимное действие того, кто должен познавать, и того, что должно познаваться. Продвижение медицинского знания внутрь больного есть не просто продолжение движения приближения, которое должно было бы развиваться более или менее регулярно, начиная с того дня, когда едва умелый взгляд первого врача издали переместился на тело своего первого пациента. Это результат коренного преобразования на уровне самого познания, а не на уровне накопленных, утонченных, углубленных и точных знаний.

Доказательство того, что речь идет о событии, задевающем диспозицию познания, обнаруживается в том факте, что знания, принадлежащие порядку клинико-анатомической медицины, не формируются тем же образом и следуя тем же правилам, что в чистой и простой клинике. Речь идет не о той же самой, чуть более улучшенной игре, но о другой игре. Вот некоторые из этих новых правил.

Клиническая анатомия заменяет метод симптоматических идентичностей на анализ, который можно было бы назвать шахматным или послойным. Явные проявления всегда оставляют запутанными болезненные формы, различие которых может показать лишь патологическая анатомия. Ощущение удушья, внезапное сердцебиение, особенно после нагрузки, короткое стесненное дыхание, внезапные пробуждения, кахетическая бледность, чувство давления и сжатия в перикардиальной области, тяжесть и

онемение в левой руке — явственно означают болезни сердца, в которых одна анатомия может различить перикардит (поражающий мембранные оболочки), аневризму (затрагивающую мышечную субстанцию), сужение или уплотнение (когда сердце поражено в своих сухожильных или фиброзных отделах)[1]. Совпадение или, по крайней мере, регулярная последовательность катара и туберкулеза не доказывает, несмотря на нозографов, их идентичности, потому что аутопсия показывает в одном случае поражение слизистой мембраны, а в другом — поражение паренхимы, которое может достигать изъязвления[2]. Напротив, следует объединить как принадлежащие одной локальной ячейке туберкулез и кровохаркание, между которыми такая симптоматология, как у Соважа, не обнаруживала достаточной частотной связи, чтобы их объединить. Сочетание, которое определяет патологическую идентичность, обретет значение лишь для локально разделенного восприятия.

Это свидетельствует, что медицинский опыт вскоре заменит *регистрацию частотности локализацией фиксированных точек*. Симптоматическое течение легочной лихорадки представляют кашель, трудности дыхания, упадок, истощающая лихорадка и, иногда, гнойная мокрота. Но никакой из этих видимых вариантов не является абсолютно необходимым (существуют больные туберкулезом, которые не кашляют), а их порядок появления на сцене не строг (лихорадка может появиться поздно или развернуться лишь в самом конце развития). Единственный постоянный феномен, необходимое и достаточное условие, чтобы в этом случае был туберкулез, — повреждение легочной паренхимы, которая при аутопсии «оказывается в большей или меньшей степени усыпанной язвенными очагами. В некоторых случаях они столь многочисленны, что легкое кажется состоящей из них альвеолярной тканью. Эти очаги пересекаются большим количеством рубцов: в соседних отделах обнаруживаются более или менее обширные уплотнения»[3]. Поверх этих фиксированных точек симптомы скользят и исчезают. Вероятности, которые клиника

[1] Corvisart, *loc. cit.*
[2] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phtisie pulmonaire* (Paris, 1810).
[3] X. Bichat, *Anatomie pathologique*, p. 174.

для них использовала, уступают дорогу единственной необходимой импликации, принадлежащей не порядку временной частотности, но порядку локального постоянства: «Следует рассматривать как чахоточных лиц, у которых нет ни лихорадки, ни похудания, ни гнойной мокроты. Довольно того, чтобы легкие были задеты поражением, которое направлено к их деструкции или изъязвлению: чахотка и есть само это поражение»[1].

Связанная с этой фиксированной точкой *хронологическая серия* симптомов приводится в соответствие форме вторичных феноменов с *разветвлением пораженного пространства* и со свойственной ему неизбежностью. Изучая «странное и необъяснимое» развитие некоторых лихорадок, Пети систематически сопоставляет таблицы наблюдений, относящиеся к течению болезни, и результаты аутопсий: последовательность кишечных, желудочных, лихорадочных, железистых и самих мозговых знаков должна быть первично связана в своей целостности с достаточно сходным «поражением кишечной трубки». Речь всегда идет об области клапана червеобразного отростка. Он покрыт венозными пятнами, раздут во внутреннем направлении, соответствующие ему железы брыжеечного сегмента увеличены, темно-красного или синеватого цвета, глубоко налиты кровью и забиты. Если болезнь длилась долго, можно допустить присутствие тлетворного действия на пищеварительный канал, функции которого поражаются первыми. Отсюда до «общности системы» этот агент «передается через абсорбцию в железах брыжейки и лимфатической системе» (в связи с чем возникают вегетативные расстройства) и «в особенности к мозговым или нервным элементам» — это то, что объясняет сонливость, притупление сенсорных функций, делирий и фазы коматозного состояния[2]. Последовательность форм и симптомов появлялась, таким образом, как просто хронологический образ более сложного сплетения: пространственно-временного разветвления от первичного поражения ко всей органической жизни.

Анализ клинико-анатомического восприятия выявляет, таким образом, три отсылки (к локализации, очагу и

[1] G.-L. Bayle, *loc. cit.*, p. 8–9.

[2] M.-A. Petit, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* (Paris, 1813), в особенности p. 132–141.

первичности), которые модифицируют сугубо временной клинический разбор. Органическая разметка, позволяющая установить фиксированные, но древовидные точки, не отменяет глубины патологической истории к выгоде чистой анатомической поверхности. Она вводится в размеченный объем тела, впервые заставляя в медицинском мышлении сосуществовать патологическое время и осязаемый обзор органических масс. В таком и только таком случае патологическая анатомия вновь обнаруживает идеи Моргани и, с другой стороны, — Боне: самостоятельное органическое пространство со своими изменениями, путями и собственной артикуляцией начинает дублировать натуральное или знаковое пространство нозологии и требует, чтобы оно ему в основном соответствовало. Рожденное благодаря заботе клиники определить *структуру патологического сродства* (см. *Трактат о мембранах*), новое медицинское восприятие обращается наконец к задачам установления *типов локализации* (см. исследования Корвизара и Ж.Л. Байля). Понятие местоположения окончательно заменяет понятие класса. «Что есть наблюдение, — спрашивал уже Биша, — если игнорируется локализация болезни?»[1] И Буйо должен был отвечать: «Если и существует в медицине аксиома, то это точно предположение, что совершенно не существует болезней без локализации. Если допустить противоположное мнение, то следует допустить, что существуют функции без органа, что является очевидной нелепицей. Определение местоположения болезней или их локализации есть одно из наиболее блестящих завоеваний современной медицины»[2]. Тканевый анализ, исходный смысл которого был родовым, очень скоро обретает значение правила локализации.

К Моргани тем не менее вернулись без серьезных модификаций. Он ассоциировал понятие местоположения с понятием причины: *De sedibus et causis...*[3] В новой патологической анатомии определение местоположения не устанавливало причинности: обнаружить в случае адинамических лихорадок поражение червеобразного отростка — не значит назвать его определяющей причиной. Пти будет думать об «смертоносном агенте», Бруссе — о «раздражении». Не

[1] X. Bichat, *Anatomie générale*, t. I, p. XCIX.
[2] Bouillaud, *Philosophie medicale*, p. 259.
[3] О местонахождении и причинах... (лат. — *Примеч. перев.*).

столь важно: локализовать — лишь фиксировать исходную временную и пространственную точку. Для Моргани местоположение — это точка прикрепления в организме причинной сети, оно определяет ее решающее звено. Для Биша и его последователей понятие местоположения освобождено от причинной проблематики (и в этом смысле они следуют клиницистам), оно обращено скорее к будущему болезни, чем к ее прошлому. Местоположение — это точка, откуда исходит патологическая организация, не *последняя причина*, но *первичный очаг*. Именно в этом смысле фиксация на трупе сегмента неподвижного пространства может разрешить проблему, поставленную временным развитием событий.

В медицинском мышлении XVIII века смерть одновременно выступала и абсолютным фактом, и наиболее последовательным из феноменов. Она была пределом жизни и, в равной степени, болезнью, если ее природа была фатальной, начиная с нее предел был достигнут, истина свершена и тем самым пересечена. В смерти болезнь, достигнувшая конца течения, замолкала и становилась объектом памяти. Но если достигнуть следов болезни, отмеченных на трупе, то в таком случае никакая очевидность не может абсолютно различить то, что принадлежит ей, а что смерти: их знаки перекрещиваются в нерасшифровываемом беспорядке. Так что смерть есть факт, начиная с которого более не существует ни жизни, ни болезни, но ее нарушения принадлежат той же самой природе, что и болезненные феномены. Клинический опыт в своей первичной форме не ставит под сомнение эту двусмысленную концепцию смерти.

Техника трупа, патологическая анатомия должны придать этому понятию более строгий, то есть более инструментальный статус. Вначале концептуальное господство смерти было приобретено на самом элементарном уровне с помощью организации клиник. Возможность непосредственно вскрывать тела, максимально сокращая латентное время между кончиной и аутопсией, позволила, или почти позволила, совместить последний момент патологии с первым моментом смерти. Следствия органического разложения почти уничтожены, по меньшей мере в их наиболее явных и наиболее разрушительных формах, так что мгновение кончины может играть роль ориентира без глубины, которую вновь обретает нозографическое время, как скальпель — органи-

ческое пространство. Смерть — только вертикальная и абсолютно тонкая линия, которая разделяет, но позволяет соотнести друг с другом серию симптомов и серию поражений.

С другой стороны, Биша, критикуя различные указания Хантера, старается различить два порядка феноменов, которые анатомия Моргани смешивала: проявления, одновременные болезни, и те, что предшествуют смерти. На самом деле нет необходимости, чтобы одно поражение соотносилось и с болезнью, и с патологической структурой. Оно может отсылать к разным процессам, частично автономным, частично зависимым, которые предвещают движение к смерти. Так, мышечная дряблость составляет часть семиологии некоторых церебральных по происхождению параличей или такого витального заболевания, как органическая лихорадка; но ее можно встретить при любой хронической болезни или даже в остром эпизоде, если только то или другое достаточно долго длится; можно видеть тому примеры в воспалениях паутинной оболочки или на последних стадиях чахотки. Феномен, который бы не имел места вне болезни, не является, тем не менее, самой болезнью: она удваивает свое течение в эволюции, которая не означает патологической фигуры, но — близость смерти; она обрисовывает в болезненном процессе феномены ассоциированные, но отличающиеся от «омертвления».

Эти феномены без сомнения обладают содержательной аналогией с фатальными или благоприятными «знаками», столь часто анализируемыми, начиная с Гиппократа. Однако по своим функциям и семантическому значению они весьма различны: знак отсылал к результату, предвосхищал его во времени, указывал либо на сущностную опасность болезни, либо на ее случайную опасность (которая может быть следствием осложнений или терапевтической ошибки). Феномены смерти частично или прогрессивно не предусматривают никакого будущего: они демонстрируют процесс в его завершении. После апоплексии большинство животных функций естественно приостановлено и, следовательно, смерть начинается уже с них, тогда как органические функции продолжают собственную жизнь[1]. Более

[1] X. Bichat, *Recherches phisiologiques sur la vie et la mort* (éd. Magendie), p. 251.

того, ступени этой движущейся смерти следуют не столько нозологическим формам, но скорее линиям, свойственным организму: лишь побочным образом эти процессы указывают на смертельную обреченность болезни. То, о чем она говорит, — это проницаемость жизни для смерти: когда патологическое состояние продолжается, первые ткани, поврежденные омертвлением, это всегда те, где питание наиболее активно (слизистые), затем следует паренхима органов и, в последней фазе, сухожилия и апоневрозы[1].

Итак, смерть множественна и распределена во времени. Это не абсолютная и привилегированная точка, начиная с которой время останавливается, чтобы повернуть вспять; она, как сама болезнь, обладает множественным присутствием, которое анализ может распределить во времени и пространстве. Мало-помалу, здесь и там, каждый из узлов начинает разъединяться вплоть до того, что прекращается органическая жизнь, по крайней мере в главных формах, так как еще долго после смерти человека мелкие и частичные смерти придут в свой черед расщепить упорствующие потоки жизни[2]. В естественной смерти первой поражается животная жизнь: сначала затухание ощущений, забытье мозга, ослабление движений, ригидность мышц, уменьшение их способности сокращаться, квазипаралич кишечника и, наконец, иммобилизация сердца[3]. К этой хронологической таблице последовательных смертей следует добавить пространственную — взаимодействий, которые разворачиваются от одной точки организма к другой в виде цепной смерти. Существует три основных этапа: сердце, легкие, мозг. Можно установить, что смерть сердца влечет за собой смерть мозга не через нервный путь, но через артериальную сеть (остановка кроветока, поддерживающего жизнь мозга) либо через венозную сеть (остановка кроветока либо, напротив, заброс венозной крови, которая угнетает мозг, подавляет его, мешает его работе). Можно показать также, как смерть легкого влечет за собой смерть сердца: либо потому, что кровь обнаруживает в легком механическое препятствие циркуляции, либо потому, что легкое пе-

[1] X. Bichat, *Anatomie pathologique*, p. 7.
[2] X. Bichat, *Recherches phisiologiques*, p. 242.
[3] Ibid., p. 234, 238.

рестает действовать, химические реакции не имеют более питания и сокращения сердца прекращаются[1].

Процессы смерти, не идентифицируясь ни с процессами жизни, ни с процессами болезни, обладают тем не менее природой, способной осветить органические феномены и их нарушения. Медленная и естественная смерть старика имеет смысл, обратный развитию жизни ребенка, эмбриона, может быть даже растения: «Состояние животного, которого естественное умирание скоро уничтожит, сближается с тем, когда он находился в утробе матери, либо даже с растительным состоянием, то есть живущим лишь изнутри, для которого вся природа молчалива»[2]. Последовательные оболочки жизни естественным образом отделяются, объявляя свою автономию и свою истину в том, что их отрицает. Система функциональных зависимостей и нормальных или патологических взаимодействий также освещается детальным анализом этих смертей: можно установить, что если существует прямое действие легкого на сердце, то оно подвержено лишь косвенному влиянию мозга: апоплексия, эпилепсия, наркотизация, сотрясение мозга не вызывают никакого непосредственного и корреспондирующего изменения со стороны сердца; из-за мышечного паралича, прерывания дыхания или нарушения кровообращения могут происходить лишь вторичные эффекты[3]. Так, смерть, фиксированная в свойственных ей механизмах, со своей органической сетью, не может быть смешана с болезнью и ее следами. Напротив, она может служить точкой зрения на патологию и позволить фиксировать в ней ее формы или этапы. Изучая причины чахотки, Г.-Л. Байль не рассматривает более смерть как экран (функциональный или временной), отделяющий от болезни, но как спонтанную экспериментальную ситуацию, которая открывает путь к истине самой болезни и ее различным хронологическим фазам. На самом деле, смерть может произойти на всем протяжении патологического развития либо в результате самой болезни, либо по причине дополнительного поражения, либо, наконец, на основе случайности. Однажды познанные и освоенные инвариант-

[1] X. Bichat, *Recherches phisiologiques*, p. 253, 538.
[2] Ibid., p. 538.
[3] Ibid., p. 480, 500.

ные феномены и изменчивые проявления смерти позволяют благодаря этой открытости во времени воспроизвести эволюцию любой патологической серии. Для чахотки это прежде всего закрытые, однородные, беловатые туберкулы; затем образования более мягкие, содержащие в центре ядро из нагнаивающегося вещества, которое меняет цвет; наконец, состояние нагноения, которое провоцирует язву, деструкцию легочной паренхимы[1]. Систематизируя тот же метод, Лаеннек смог показать в противоположность самому Байлю, что меланоз образует не отдельный патологический тип, но возможную фазу развития. Время смерти может скользить вдоль болезненной эволюции, и так как смерть утратила свой непрозрачный характер, она парадоксальным образом, благодаря своему результату временного прерывания, становится инструментом, позволяющим интегрировать течение болезни в неподвижном пространстве вскрытого тела.

Жизнь, болезнь и смерть теперь образуют техническую и концептуальную троицу. Древняя непрерывность тысячелетних навязчивых идей, размещавших в жизни угрозу болезни, а в болезни — приближающееся присутствие смерти, — прервана: вместо нее артикулируется треугольная фигура, вершина которой определяется смертью. Именно с высоты смерти можно видеть и анализировать органические зависимости и патологические последовательности. Вместо того чтобы быть тем, чем она оставалась столь долго — тьмой, где исчезает жизнь, где запутывается сама болезнь, она отныне одарена этой великой возможностью освещения, которая властвует и делает явным одновременно и пространство организма, и время болезни... Привилегия ее вечности, без сомнения столь же древняя, как сознание ее неизбежности, в первый раз обращается в технический инструмент, обеспечивающий достижение истины жизни и природы болезни. Смерть есть великий аналитик, показывающий связи, разворачивая их и заставляя проявлять чудеса происхождения в строгости разложения: и следует дать слову *разложение* оступиться под тяжестью своего смысла. Анализ, философия элементов и их закономерности обретают в смерти то, что напрасно искали в матема-

[1] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, p. 21–24.

тике, химии, самом языке: непреходящую модель, предписанную природой; на этом великом примере отныне будет основываться медицинский взгляд. Он не более чем взгляд живого ока, но ока, видевшего смерть. Великое белое око, распутывающее жизнь.

Много будет сказано о «витализме» Биша. Верно, что, пытаясь определить особый характер природы живого, Биша соединяет с его специфичностью риск болезни: простое физическое тело не может отклоняться от своего природного типа[1]. Но это не мешает тому, чтобы анализ болезни мог производиться только с точки зрения смерти — той смерти, которой жизнь по определению сопротивляется. Биша сделал концепцию смерти относительной, заставляя ее лишиться той абсолютности, в которой она появлялась как неделимое, окончательное и неповторимое явление: он возгонял ее и распределял в жизни в формах смерти отдельной, смерти парциальной, нарастающей и столь медленно свершающейся по другую сторону самой смерти. Но этим он формировал основную структуру ее медицинского восприятия и осмысления. То, чему *противостоит* жизнь, и то, чему она *подвергается*, есть смерть, по отношению к которой *жизнь*, таким образом, есть живая *оппозиция*, а то, по отношению к чему она подвергается анализу, — *истина*. Межанди, а до него еще Бюиссон достигали ядра проблемы, но когда они критиковали определение жизни, которым открываются *Физиологические исследования*, они выступали как биологи: «Ложная идея, ибо умирать означает на всех языках прекращать, и с тех пор мнимое определение сводится к этому порочному кругу: жизнь есть совокупность функций, которая сопротивляется отсутствию жизни»[2]. Но это был первый патоанатомический опыт, с которого начинал Биша, тот, что он ставил сам: опыт, в котором смерть была единственной возможностью придать жизни позитивную истину. Невыводимость живого из механики или химии была лишь вторичной по отношению к фундаментальной связи жизни и смерти. Витализм появлялся в глубине этого «мортализма».

---

[1] Cf. G. Canguilhem, *La connaissance de la vie* (Paris, 1952), p. 195.

[2] F.-R. Buisson, *De la division la plus naturelle des phénoménes physiologiques* (Paris, 1802), p. 57. Cf. aussi Magendie, n. 1 de la p. 2 de son édition des *Recherches physiologiqes*.

Необъятный путь, пройденный с того, впрочем близкого момента, когда Кабанис определил для знания о жизни тот же источник и то же обоснование, что и для самой жизни: «Природа желала, чтобы источник наших знаний был тем же самым, что и у жизни. Чтобы жить, нужно получать впечатления, чтобы знать, нужно получать впечатления: и так как необходимость познания всегда прямо пропорциональна его действию на нас, из этого следует, что наши средства обучения всегда пропорциональны нашим потребностям»[1]. Для Кабаниса, как и для всего XVIII века или любой традиции, которая уже была обиходной в эпоху Возрождения, познание жизни по полному праву основывается на сущности живого, поскольку оно есть лишь его проявление. Вот почему никогда не пытались мыслить болезнь иначе, как исходя из живого и его модели (механической) или образующих ее элементов (жидкостных, химических). Витализм и антивитализм, и тот и другой рождаются из этого фундаментального первенства жизни в опыте болезни. Начиная с Биша, познание жизни обретает свой исток в разрушении жизни и своей крайней противоположности. Именно там болезнь и жизнь высказывают свою истину: истину, специфическую, несводимую, защищенную от любого поглощения в неорганическое кругом смерти, которая обрисовывает их так, как они есть. Кабанис, который завязал жизнь в такой глубине истоков, был, совершенно естественно, большим механицистом, чем Биша, который мыслил ее лишь в связи со смертью. С раннего Возрождения и вплоть до конца XVIII века знание о жизни было заключено в круг жизни, которая отражалась от себя самой и рассматривала себя; начиная с Биша, оно отрывалось от связи с жизнью и отделялось от нее через непреодолимый предел смерти, в зеркале которой оно ее разглядывало.

Без сомнения, произвести подобное превращение является для клинического взгляда трудной и парадоксальной задачей. Древняя склонность, столь же старая, как человеческий страх, обращавший глаза врачей к исчезновению болезни, к выздоровлению, к жизни: речь могла идти лишь о восстановлении. Смерть оставалась на изнанке медицины

[1] Cabanis, *Du dégré de certitude de la médicine* (Paris, 1819), p. 76–77.

мрачной угрозой, где стирается ее знание и умение. Она была рискованной не только для жизни или для болезни, но и для знания, которое их проверяло. С Биша медицинский взгляд вращается вокруг нее самой и требует у смерти отчета о жизни и болезни, у смерти, определяющей в своей неподвижности их время и их движение. Не требовалось ли, чтобы медицина отступила от своей самой древней заботы, чтобы прочитать в том, что свидетельствовало о ее неудаче, то, что должно было обосновать ее истину?

Но Биша сделал больше, чем просто освободил медицину от страха смерти. Он интегрировал смерть в технический и концептуальный ансамбль, где она обрела свои специфические характеристики и фундаментальную ценность опыта. Так что великий перелом в истории западной медицины точно датируется моментом, когда клинический опыт стал клинико-анатомическим взглядом. *Клиническая медицина* Пинеля датируется 1802 годом, *Медицинские революции* вышли в 1804 году; правила анализа, кажется, торжествуют в чистой дешифровке симптоматических совокупностей. Но годом ранее Биша уже отодвинул их в историю: «Вы делали бы в течение 20 лет с утра до вечера заметки о поражениях сердца, легких, внутренностях желудка, что оставалось бы для вас лишь смешением симптомов, которые, совершенно не соединяясь, будут демонстрировать последовательность несвязанных феноменов. Вскройте несколько трупов: вы сразу же увидите, как исчезнет темнота, рассеянная лишь одним наблюдением»[1]. Живой мрак рассеивается в свете смерти.

[1] X. Bichat, *Anatomie générale*, avant-propos, p. XCIX.

ГЛАВА IX

НЕВИДИМОЕ ВИДИМОЕ

Ввиду смерти болезнь обладает своей территорией, определенным отечеством, скрытым, но надежным местом, где связываются ее сродство и ее последствия; местные значения определяют свои формы. Ориентируясь на труп, ее парадоксально воспринимают живой, воспринимают жизнью, которая более не является ни жизнью старых симпатических отношений, ни жизнью комбинаторных законов осложнений, но жизнью, которая имеет свое обличье и собственные законы.

1. ПРИНЦИП ТКАНЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ

Уже Редерер и Ваглер определили *morbus mucosus* как воспаление, способное поражать внешние и внутренние поверхности пищеварительного канала на всем его протяжении[1]; наблюдение, обобщенное Биша: патологический феномен следует в организме привилегированному пути, предписанному тканевой идентичностью. Каждый тип мембраны обладает свойственной ему патологической модальностью: «Поскольку болезни есть лишь поражение витальных свойств, а каждая ткань отличается от других своими свойствами, очевидно, что она должна отличаться от них и своими болезнями»[2]. Паутинная оболочка может быть повреждена теми же формами водянки, что и плевра легких или брюшина, поскольку и здесь и там речь идет о серозных мембранах. Симпатическая сеть, зафиксированная лишь на основании бессистемного сходства, эмпирических констатаций или гадательных предположений о нервной системе, сейчас покоится на строгой аналогии структуры: когда мозговые оболочки воспалены, слуховая и зрительная чувствительность глаза и уха усиливаются; при операции

---

[1] Roederer et Wagler, *Tractatus de morbo mucoso* (Göttingen, 1783).

[2] X. Bichat, *Anatomie générate*, avant-propos, t. I, p. LXXXV.

водянки яичка с помощью инъекции раздражение оболочки яичка провоцирует боли в поясничной области; воспаление кишечной плевры может вызвать по закону «симпатикотонии» заболевание мозга[1]. Патологическое развитие теперь обладает своими неизбежными путями.

2. ПРИНЦИП ТКАНЕВОЙ НЕПРОНИЦАЕМОСТИ

Это корреляция с предыдущим. Распространяясь по большой поверхности, патологические процессы следуют по ткани горизонтально, без вертикального проникновения в другие ткани. Симпатическое излияние касается фиброзных тканей и не относится к слизистым оболочкам желудка; заболевания надкостницы не имеют отношения к кости, при катаре бронхов плевра остается нетронутой. Функционального единства органа недостаточно для передачи патологического фактора одной ткани к другой. При водянке яичка тестикула остается неповрежденной в воспаленной среде окружающей ее оболочки[2], хотя поражения церебральной пульпы редки, повреждения паутинной оболочки часты, и их тип очень отличен от тех, что, с другой стороны, затрагивают мягкую мозговую оболочку. Каждый тканевый слой удерживает и сохраняет свои индивидуальные патологические характеристики. Патологическая диффузия — это дело изоморфных поверхностей, а не соседства или наложения.

3. ПРИНЦИП ПРОБУРАВЛИВАЮЩЕГО ПРОНИКНОВЕНИЯ

Этот принцип ограничивает два предыдущих, не подвергая их сомнению. Он компенсирует правило гомологии с помощью правил местного влияния и правила непроницаемости, допуская формы проникновения через слои. Может случиться, что поражение достаточно сильно для проникновения в нижележащие или соседние ткани: именно это происходит при хронических болезнях, таких как рак, где все ткани органа последовательно повреждены и закан-

[1] X. Bichat, *Traité des membranes* (éd. Magendie), p. 122–123.
[2] Ibid., p. 101.

чивают «смешением в общую массу»[1]. Происходят также не столь легко определяемые переходы: не путем проникновения или контакта, но удвоенным развитием от одной ткани к другой и от структуры к функционированию; поражение одной мембраны может, не затрагивая соседнюю, более или менее полным образом помешать в выполнении ее функций: секреция слизистой оболочки желудка может быть затруднена воспалением фиброзных тканей; интеллектуальным функциям могут препятствовать повреждения паутинной оболочки[2]. Формы межтканевого проникновения могут быть еще более сложны: перикардит, достигая мембранных оболочек сердца, провоцирует расстройство функционирования, влекущее за собой гипертрофию органа и, как следствие, видоизменение его мышечной субстанции[3]. Плеврит, по своей природе, затрагивает лишь плевру легких, но под воздействием болезни она выделяет белковую жидкость, которая в случаях хронификации покрывает все легкое; оно атрофируется, его активность уменьшается вплоть до почти полной остановки деятельности, и тогда оно так уменьшается в поверхности и объеме, что можно предположить разрушение большей части тканей[4].

4. Принцип специфичности способа поражения ткани

Повреждения, чья траектория и работа детерминированы предыдущими принципами, обнаруживают типологию, которая зависит не только от места, которое поражается, но и от свойственной ему природы. Биша был не очень далек от описания этих разных способов, поскольку различал воспаления и скирры. Лаеннек, как мы видели[5], попытался создать общую типологию поражений (по текстуре, форме, питанию, положению и, наконец, обусловленную присутствием инородного тела). Но даже понятия повреж-

---

[1] X. Bichat, *Anatomie générale*, avant-propos, t. I, p. XCI.

[2] Ibid., p. XCII.

[3] Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*.

[4] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, p. 13–14.

[5] Cf. supra, p. 134.

дения структуры недостаточно для описания различных способов, которыми ткань может быть поражена в своем внутреннем формировании. Дюпюитрен предлагает различать трансформации одной ткани в другую и порождение новых тканей. В одном случае организм порождает ткань, которая обычно существует, но которая обыкновенно обнаруживается при другой локализации: например, неестественное окостенение; можно перечислить клеточные, жировые, фиброзные, хрящевые, костные, серозные, синовиальные, слизистые образования; здесь речь идет об *искажении* законов жизни, но не о *повреждении*. В противоположном случае, где новая ткань создана, фундаментально нарушены именно законы организации; пораженная ткань отличается от всех тканей, существующих в природе: как, например, воспаление, туберкулы, скирры, рак. Наконец, излагая эту типологию на принципах тканевой локализации, Дюпюитрен отмечает, что каждая мембрана имеет особый тип поражения: например, полипы для слизистых и отеки для серозных мембран[1]. Именно используя этот принцип, Байль смог проследить от начала до конца эволюцию чахотки, определить единство ее процессов, уточнить ее формы и отличить ее от болезней, симптоматология которых может быть сходной, но которые отвечают совершенно другому типу поражения. Чахотка характеризуется «прогрессирующей дезорганизацией» легких, которая может принять туберкулезную, язвенную, калькулезную, гранулезную с меланозом или раковую форму; ее нельзя путать ни с раздражением слизистых (катар), ни с нарушением серозной секреции (плеврит), ни, в особенности, с изменением, которое также поражает само легкое, но по типу воспаления — с хронической перипневмонией[2].

5. ПРИНЦИП ПОРАЖЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ

Предыдущее правило в целом исключает диагональные расстройства, скрещивающие разные способы поражения, и использует их последовательно. Тем не менее существуют эффекты облегчения, сцепляющие различные расст-

[1] Article «Anatomie pathologique» in *Bulletin de l'Ecole de Médecine de Paris*, an XIII, I année, p. 16–18.

[2] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, p. 12.

ройства друг с другом: воспаление легких и катар не образуют туберкулез; однако они благоприятствуют его развитию[1]. Хронический характер, или, по крайней мере, протяженность во времени обострения, позволяет иногда одному заболеванию сменить другое. Мгновенный инсульт при резком воспалительном процессе вызывает расширение сосудов (откуда головокружения, обмороки, оптические иллюзии, шум в ушах) или, если он сконцентрирован в одной точке — разрыв сосудов с кровотечением и немедленным параличом. Но если инсульт развивается при медленном поражении, сначала происходит инфильтрация крови в мозговое вещество (сопровождающаяся конвульсиями и болями), соответствующее размягчение этой субстанции, которая, смешиваясь с кровью, поражается вглубь, агглютинирует, формируя инертные островки (отсюда паралич); в конечном итоге происходит полная дезорганизация артериовенозной системы в мозговой паренхиме и часто даже в арахноидальной области. Начиная с начальных форм размягчения, можно констатировать серозное разлитие, затем инфильтрацию гноя, который иногда концентрируется в абсцессе; в конечном счете гноеотделение и крайнее размягчение сосудов замещают раздражение вследствие их гиперимии и слишком сильного давления[2].

Эти принципы определяют правила патологического развития и заранее описывают возможные пути, которыми оно должно следовать. Они фиксируют сеть своего пространства и развития, заставляя проявиться и делая прозрачными извивы болезни. Последняя принимает облик большого органического растения, у которого свои формы роста, свое укоренение, свои особые области роста. Пространственно распределенные в организме в соответствии со свойственными им линиями и поверхностями, патологические феномены приобретают вид живых процессов. Отсюда два следствия: болезнь связана с самой жизнью, подпитывается ею и участвует в этом «взаимном обмене действиями, где все сменяет друг друга, сцеплено и связано»[3]. Она более не событие, природа которого привнесена извне;

---

[1] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, p. 423–424.

[2] F. Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encephale et ses dépendences*, I, p. 98–99.

[3] X. Bichat, *Anatomie générale*, t. IV, p. 591.

она суть жизнь, изменяющаяся в отклоняющемся функционировании: «Любой физиологический феномен в окончательном анализе соотносится со свойствами живого тела, взятого в его естественном состоянии; любой патологический феномен выводится из их увеличения, уменьшения, изменения»[1]. Болезнь суть внутреннее искажение жизни. К тому же каждая патологическая совокупность организуется по модели живой особи: существует жизнь туберкул и раков; есть жизнь воспаления; определяющий ее старый четырехугольник (опухоль, покраснение, жар, боль) достаточен для воссоздания ее развития в ходе разных органических наслоений: в кровеносных капиллярах она проходит через разложение, заражение, уплотнение, нагноение и абсцесс; в лимфатических капиллярах кривая идет от разложения к белому нагноению и туберкулезу, и отсюда к неизлечимым разъедающим язвам[2]. Итак, нужно заменить идею болезни, поражающей жизнь, более узким *понятием патологической жизни*. Патологические феномены должны пониматься исходя из самого текста жизни, а не из нозологической сущности: «Болезни рассматривались как расстройство; в них не видели последовательности феноменов, всецело зависящих одни от других и почти всегда стремящихся к предопределенному концу: патологической жизнью совершенно пренебрегали».

Не хаотичное и, наконец, мудрое развитие болезни? — Но все эти вещи были уже давно известны; ботаническая регулярность, постоянство клинических форм были упорядочены в мире болезни задолго до новой анатомии. Нов не сам факт упорядочивания, но его способы и его основания. С Сиденхама до Пинеля болезнь обретает свой источник и облик в общей структуре рациональности, где существует вопрос *природы* и порядка вещей. Начиная с Биша, феномен патологического обнаруживается в основании *жизни*, оказавшись, таким образом, связанным с когерентными и обязательными формами, которые она принимает в органической индивидуальности. Жизнь со своими конечными и определенными границами вариации начинает играть в патологической анатомии роль, которую обеспечивало

[1] X. Bichat, *Anatomie générale*, I, avant-propos, p. VII.

[2] F.-J. Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques* (Paris, 1808), t. I, p. 54–55.

в нозологии понятие природы в широком смысле: она есть неисчерпаемое, но закрытое основание, где болезнь обретает свои упорядоченные источники и расстройства. Отдаленные теоретические изменения, которые в долгосрочной перспективе меняют философский горизонт; но можно ли сказать, что они сразу же воздействуют на восприятие и тот взгляд, который врач устремляет на больного?

Несомненно, феномены болезни обнаруживают здесь новый эпистемологический статус с очень мощной и определяющей силой. Парадоксальным образом клинический «номинализм» позволяет колебаться в пределах медицинского взгляда, в смутных границах видимого и невидимого кое-чему, что является одновременно целостностью феноменов и их законом, их точкой покоя, но также жестким правилом их связи; болезнь обладает истиной только в симптомах, но она есть симптомы, данные в истине. Открытие жизненных процессов как содержания болезни позволяет предоставить им основание, не являющееся тем не менее ни удаленным, ни абстрактным: основание, насколько возможно близкое от того, что явлено; болезнь будет лишь патологической формой жизни. Великие нозологические сущности, парившие поверх жизненного порядка и угрожавшие ему, теперь были благодаря ему очерчены: жизнь — это непосредственное, настоящее и воспринимаемое *по ту сторону* болезни; последняя, в свою очередь, сводит свои феномены в болезненные формы жизни.

Возрождение виталистской философии? Совершенно верно, что мысль Борде или Бортеза была близка мысли Биша. Но если витализм есть специфическая схема интерпретации здоровых и болезненных феноменов организма, то эта концепция слишком незначительна, чтобы оценить события, которые произвело открытие патологической анатомии. Биша вернулся к теме специфичности живого лишь для того, чтобы поместить жизнь на более глубокий и более определяющий эпистемологический уровень: она была для него не совокупностью черт, отделяющих ее от неорганического, но основанием, начиная с которого противопоставление организма неживому может быть отмечено, размещено и нагружено всеми позитивными значениями столкновения. Жизнь не является формой организма, но организм — видимая форма жизни в своем сопротивле-

нии тому, что не живет и противостоит ей. Дискуссия между витализмом и механицизмом, как и между юмористическим и серьезным, имеет смысл лишь в той мере, в какой природа — слишком широкое онтологическое основание — оставляет место для игры этих интерпретативных моделей: нормальное и анормальное функционирование могут быть объяснены только по отношению к предсуществующей форме либо к специфическому типу. Но начиная с момента, когда жизнь объясняет не только серию природных фигур, но берет на себя роль общего элемента физиологических и патологических феноменов, — это сама идея витализма, утратившая свое значение и суть своего содержания. Придавая жизни и патологической жизни столь же фундаментальный статус, Биша избавил медицину как от виталистской, так и других связанных с ней дискуссий. Отсюда это ощущение, которое было присуще теоретическому размышлению большинства врачей в начале XIX века, освобожденных, наконец, от систем и спекуляций. Клиницисты, Кабанис, Пинель воспринимали свой метод как осуществленную философию[1], патологоанатомы же открывают в своей не-философии упраздненную философию, которую они преодолели, научившись, наконец, наблюдать: речь идет лишь о сдвиге в эпистемологическом основании, на котором они основывали свое восприятие.

Жизнь, размещенная на этом эпистемологическом уровне, связана со смертью как с тем, что именно угрожает и подвергает опасности разрушения ее живую силу. В XVIII веке болезнь одновременно была и природой, и контрприродой, так как она располагала упорядоченной сущностью, но своей сущностью угрожала природной жизни. Начиная с Биша, болезнь начинает играть ту же роль, но уже роль микста между жизнью и смертью. Уточним: задолго до патологической анатомии был известен путь от здоровья к болезни и от болезни к смерти. Но эта связь никогда не была ни научно осмыслена, ни структурирована в медицинском восприятии; в начале XIX века она приобретает такой вид, что может быть проанализирована на двух уровнях. На том, что нам уже известен, смерть как абсолютная точка

[1] См., например: Pinel, *Nosographie philosophique,* introduction, p. XI; или C.-L. Dumas, *Recueil de discours prononcés à la Faculté de Médecine de Montpellier* (Montpellier, 1820), p. 22–23.

зрения на жизнь и выход (во всех смыслах слова вплоть до наиболее технических) к истине. Но смерть — это также то, против чего жизнь в своем ежедневном действии борется; в ней живое естественным образом разрешается, и болезнь теряет свой старый статус случайности, чтобы войти во внутреннее измерение, постоянное и подвижное, отношения жизни и смерти. Человек умирает не потому, что заболевает, а заболевает именно потому, что может умереть. И под хронологической связкой жизнь–болезнь–смерть проведено другое отношение, внутреннее и более глубинное, то, что связывает жизнь и смерть, чтобы в избытке освободить знаки болезни.

На самом высоком уровне смерть была явлена как условие этого взгляда, который воспринимает через чтение поверхностей время патологических событий. Она позволяет болезни наконец артикулироваться в истинном дискурсе. Сейчас она проявляется как источник болезни в самом живом естестве в виде этой внутренней возможности жизни, но более сильной, чем она сама. Возможности, которая истощает ее, отклоняет и, наконец, заставляет исчезнуть. Смерть — это ставшая возможной болезнь жизни. Если верно, что для Биша патологический феномен включен в физиологический процесс и образован от него, то это отклонение, осуществляющее болезненное явление в созданном им разрыве, основано на смерти. Отклонение жизни принадлежит порядку жизни, но жизни, направляющейся к смерти.

Отсюда значение, обретаемое концепцией дегенерации, начиная с появления патологической анатомии. Это достаточно древнее понятие: Бюффон использовал его по отношению к индивиду или группе индивидов, отличавшихся от их специфического типа[1]. Врачи также применяли его, чтобы описать ослабление прочного человеческого естества, которое жизнь в обществе, цивилизация, закон и язык обрекают мало-помалу на искусственную жизнь и болезни; дегенерировать — это значит описать направление падения от исходного статуса, занимающего по праву природы вершину иерархии совершенства и времени; в этом понятии сосредоточивалось все негативное, что несло в

[1] Buffon, Histoire naturelle, *Œuvres complètes* (Paris, 1848), t. III, p. 311.

себе историческое, атипическое и противоестественное. Опирающаяся, начиная с Биша, на наконец концептуализированное восприятие смерти дегенерация мало-помалу получит позитивное содержание. На границе двух значений Корвизар определил органическую болезнь тем, что «орган или некоторое живое образование в целом или в одной из своих частей достаточно дегенерированы от своего естественного состояния, чтобы их свободное, регулярное и постоянное действие было бы повреждено или нарушено ощутимым и постоянным образом»[1]. Обширное определение, покрывающее все возможные формы анатомических и функциональных расстройств; определение скорее негативное, ибо дегенерация есть не что иное, как дистанция по отношению к нормальному природному состоянию: определение, которое тем не менее уже обосновывает проявления позитивного анализа, так как Корвизар выделяет в нем «нарушения строения ткани», искажение симметрии и изменение «химических и физических проявлений»[2]. Понятая таким образом дегенерация — это внешнее искривление, в котором располагаются, для того чтобы его поддерживать и его обрисовывать, особые проявления патологических феноменов; в то же время — это принцип чтения их тонкой структуры.

Внутри столь обобщенных рамок точка применения концепции была оспорена. В исследовании органических болезней Мартен[3] противопоставляет тканевым образованиям (известного или нового типа) дегенерации в собственном смысле слова, которые только изменяют форму или внутреннюю структуру тканей. Крювилье, также критикуя слишком расплывчатое использование термина дегенерации, хочет, напротив, сохранить его для нарушенной активности организма, образующей ткани, не имеющие аналогов в здоровом состоянии. Эти ткани, представленные в основном «сероватой, напоминающей сало текстурой», обнаруживаются в опухолях, бесформенных массах, формирующихся за счет органов в язвах или фистулах[4]. По Лаеннеку, о дегенерации можно говорить в двух определенных случа-

[1] Corvisart, *Essai sur les maladies et lésions du cœur,* p. 636–637.
[2] Ibid., p. 636, n. 1.
[3] Cf. *Bulletin des Sciences médicales,* t. 5 (1810).
[4] J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique* (Paris, 1816), t. I, p. 75–76.

ях: тогда, когда существующие в организме в различных формах и локализациях ткани повреждаются одна другой (костная дегенерация хрящей, ожирение печени), и тогда, когда ткань приобретает текстуру и конфигурацию не по ранее существующей модели (туберкулезная дегенерация лимфатических узлов или легочной паренхимы, злокачественная дегенерация яичников или яичек) [1]. Но в любом случае нельзя говорить о дегенерации по поводу патологического наслоения тканей. Видимое уплотнение твердой мозговой оболочки не всегда является окостенением; при анатомическом исследовании можно отделить часть арахноидального слоя от твердой оболочки; между мембранами обнаруживается ткань, но это не дегенеративное развитие какой-либо из них. О дегенерации будут говорить только как о процессе, разворачивающемся внутри тканевой текстуры. Она есть патологическое измерение в своем собственном развитии: ткань дегенерирует, когда она больна в качестве ткани.

Можно охарактеризовать с помощью трех признаков болезнь ткани. Она не является ни простым упадком, ни свободным отклонением, она следует закону: «В созидании и разрушении существ природа подчиняется постоянным правилам»[2]. Органический закон, таким образом, есть не только неустойчивый и хрупкий процесс, это — обратимая структура, элементы которой следуют по пути принуждения: «Феномены жизни вплоть до их нарушений следуют закону»[3]. Путь размечен формами, уровень организации которых становится все более и более слабым, первой расплывается морфология (нерегулярное окостенение), затем внутриорганическая дифференциация (цирроз, гепатизация легких), наконец, исчезает внутренняя связность тканей. Когда ткань воспалена, клеточная оболочка артерий «начинает расщепляться как лярд»[4] и печеночная ткань может без усилий разрываться. В пределе дезорганизация

---

[1] R. Laënnec, article «Dégénération» du *Dictionnaire des Sciences Médicales* (1814), t. VIII, p. 201–207.

[2] R. Laënnec, введение и первая глава *Traité inédit d'anatomie pathologique*, p. 52.

[3] Dupuitren, *Dissertation inaugurale sur quelques points d'anatomie* (Paris, an XII), p. 21.

[4] Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale*, I, p. 88–89.

становится аутодеструкцией, как в случае туберкулезного перерождения, когда изъязвление ядер вызывает не только деструкцию паренхимы, но самих туберкул. Дегенерация, таким образом, — не просто возвращение к неорганическому, скорее это возвращение лишь в той мере, в какой оно неизбежно направлено к смерти. Дезорганизация, которая ее характеризует, не является неорганической, она относится к неживому, к уничтожающейся жизни: «Следует называть легочным туберкулезом любое поражение легких, которое, предоставленное самому себе, вызывает прогрессивную дезорганизацию этих внутренних органов, вследствие которой наступает их повреждение и, наконец, смерть»[1]. Вот почему существует одна форма дегенерации, которая составляет постоянное сопровождение жизни и определяет на всем своем протяжении противостояние смерти: «Это идея, на которой большинство авторов не соблаговолило остановиться, о повреждении и разрушении частей наших органов самим фактом их деятельности»[2]. Износ есть неизгладимая временная размерность органической активности: он измеряет тихую работу, дезорганизующую ткани единственно фактом, что они обеспечивают свои функции и что они встречаются с «множеством внешних агентов», способных «победить их сопротивление». Смерть мало-помалу с первого момента действия и с нового столкновения с внешним окружением начинает намечать свою неотвратимость: она проникает не только в форме случайности, она образует вместе с жизнью свои явления и свое время, уникальную ткань, которая абсолютно одновременно ее и созидает, и разрушает.

Дегенерация — это неизбежность смерти в самом принципе жизни, где они неразделимы, и самая основная возможность болезни. Концепция, связь которой с патоанатомическим методом проявляется теперь со всей ясностью. В анатомическом восприятии смерть — это вид сверху, откуда болезнь открывается истине; троица жизнь–болезнь–смерть артикулируется в треугольнике, вершина которого достигает высшей точки в смерти. Восприятие может уловить жизнь и болезнь в единстве лишь в той мере, в

[1] Bayle, *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, p. 5.

[2] Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*, Disc. Prél., p. XVII.

какой оно допускает смерть в собственный взгляд. И в наблюдаемых структурах можно обнаружить ту же, но зеркально инвертированную конфигурацию: жизнь с ее реальной продолжительностью, болезнь как возможность отклонения обнаруживают свои корни в точке, глубоко скрытой в смерти; она снизу определяет их существование. Смерть, которая в анатомическом взгляде высказывает задним числом истину о болезни, заранее делает ее реальную форму возможной.

В течение веков медицина пыталась установить, каким способом артикулирования можно было бы определить связи болезни с жизнью. Только дополнение силлогизма третьей посылкой смогло придать их встрече, сосуществованию и взаимодействию форму, основанную одновременно на концептуальной возможности и наблюдаемой избыточности; эта третья посылка — смерть. Отталкиваясь от нее, болезнь обретает плоть в пространстве, совпадающем с пространством организма; она следует ее линиям, вырезая ее; она обустраивается, следуя ее общей геометрии; она легко отклоняется к ее особенностям. Начиная с момента, когда смерть была включена в технологический и концептуальный органон, болезнь смогла получить пространственное распределение и быть индивидуализированной. Пространство и индивидуальность — две связанные структуры, которые неизбежно проистекают из опорного восприятия смерти.

В этих серьезных событиях болезнь следует темным, но неизбежным путем тканевых реакций. Но что становится теперь ее видимой плотью, этой совокупностью явных феноменов, делающих ее полностью разборчивой для взгляда клиницистов, то есть узнаваемой через знаки, но дешифруемой также в симптомах, полнота которых без остатка определяет ее сущность? Не рискует ли весь этот язык быть облегченным от своего удельного веса и сведенным к серии поверхностных событий, без грамматической структуры и семантической необходимости? Предназначая болезни скрытые пути в закрытом мире плоти, патологическая анатомия уменьшает значение клинических симптомов и устанавливает в методологии видимого более сложный опыт, где истина покидает свою неприступную резервацию лишь через переход в неподвижное, в жесткость расчлененного

трупа, и через это к формам, где живое значение уступает дорогу геометрии масс.

Новое обращение отношения между знаком и симптомом. В клинической медицине, в ее первоначальной форме, знак по своей природе не отличался от симптома[1]. Любое проявление болезни могло без существенных изменений обрести значение знака при условии, что осведомленное медицинское чтение было способно разместить его в хронологической целостности болезни. Любой симптом есть потенциально знак, и знак есть не что иное, как прочитанный симптом. Итак, в клинико-анатомическом восприятии симптом может вполне оставаться немым, и значащее ядро, которое, как предполагается, защищено, оказывается несуществующим. Какой видимый симптом может очевидно означать легочный туберкулез? Ни затруднения дыхания, которые можно обнаружить в случаях хронического воспаления и не обнаружить у чахоточного больного, ни кашель, который проявляется и при пневмонии, но не всегда при чахотке, ни истощающая лихорадка, частая при плеврите, но порой поздно обнаруживаемая у чахоточных[2]. Немота симптома может быть обойдена, но не побеждена. Знак играет именно роль этого обходного маневра: он не больше говорящего симптома, но то, что занимает в симптоме место фундаментального отсутствия высказывания. Байль в 1810 году был вынужден последовательно отвергнуть все семиологические знаки чахотки: никакие не были ни очевидны, ни достоверны. Девятью годами позже Лаеннеку, прослушивавшему больного, пораженного, как он предполагал, легочным воспалением, осложненным печеночной лихорадкой, показалось, что он слышит звук, выходящий прямо из груди с небольшой поверхности площадью приблизительно с квадратный дюйм. Может быть, это было эффектом легочного поражения, чем-то вроде отверстия в легком. Он обнаруживает этот феномен у 20 чахоточных больных. Затем он отличает его от довольно близкого феномена у больных плевритом: звук кажется также выходящим из груди, но он более высок, чем в норме, кажется серебристым и дрожащим[3]. Таким образом, Ла-

[1] Cf. *supra*, p. 92.
[2] G.-L. Bayle, *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, p. 5–14.
[3] Laënnec, Traité *de l'auscultation médiate* (Paris, 1819), t. I.

еннек рассматривает «пекторилокию» как единственный знак, достоверно патогномоничный легочной чахотке, а «эгофонию» — как знак плеврального выпота. Видно, что в клинико-анатомическом опыте знак обладает структурой, полностью отличной от той, что ему приписывал всего несколькими годами ранее клинический метод. В восприятии Циммермана или Пинеля знак был настолько более красноречив и настолько же более достоверен, насколько большее место он занимал в проявлениях болезни: так, лихорадка была большим симптомом и, следовательно, знаком более достоверным и более близким к сути, с помощью которого можно было опознать эту серию болезней, справедливо носящих название «лихорадки». Для Лаеннека значение знака не имеет более связи с симптоматологическим объемом; его маргинальный, ограниченный, почти не воспринимаемый характер помогает ему пересекать в качестве уловки видимое тело болезни (составленное из многочисленных и неясных элементов) и достигать в нем облика природы. Самим фактом он отличается от статистической структуры, которой он обладал в чистом клиническом восприятии: для того, чтобы он мог создать достоверность, знак должен составлять часть сходящейся серии, и это есть случайная конфигурация совокупности, придающая истинность. Теперь знак высказывается один, и то, что он произносит, — неоспоримо: кашель, хроническая лихорадка, истощение, выделение мокроты, кровохаркание делают чахотку все более и более вероятной, но, в конце концов, никогда совершенно достоверной; пекторилокия одна-единственная описывает ее без ошибки. Наконец, клинический знак отсылал к самой болезни; клинико-анатомический знак — к поражению; и если некоторые повреждения ткани едины для многих болезней, знак, делающий их очевидными, не может ничего сказать о природе расстройства: можно констатировать гепатизацию легкого, но знак, который на это указывает, не скажет ничего о том, вследствие какой болезни она появляется[1]. Знак, таким образом, может лишь отсылать к актуальности поражения, но никогда — к патологической сущности.

---

[1] A.-F. Chomel, *Eléments de pathologie générale* (Paris, 1817), p. 522–523.

Итак, знаковое восприятие эпистемологически различно в мире клиники, существующем в своей первичной форме и в том, что модифицирован анатомическим методом. Это различие заметно вплоть до способа, которым измеряли пульс до и после Биша. Для Менюре пульс есть знак, потому что он является симптомом, то есть в той мере, в какой он есть естественное проявление болезни и в какой он по полному праву связан со своей сущностью. Так, пульс «полный, сильный, перемежающийся» означает полнокровие, силу пульсации, эмболию в сосудистой системе, позволяет предвидеть сильное кровоизлияние. Пульс «занимает по законам устройства организма наиболее важную, наиболее объемную из его функций; благодаря своим характеристикам, удачно постигнутым и развитым, он открывает всю внутренность человека»; благодаря ему «врач постигает науку Высшего Существа»[1]. Различая основные, грудные и желудочные пульсации, Борде не меняет форму восприятия пульса. Речь всегда идет о том, чтобы считывать некоторое патологическое состояние в течение его эволюции и предвидеть его развитие с наилучшей вероятностью. Так, грудной пульс, простой и вялый, полный и расслабленный, удары равного наполнения, но неравномерные, образуют нечто вроде сдвоенной волны, с «легкостью, слабостью и мягкой силой колебания, которая не позволяет спутать этот вид пульса ни с каким другим»[2]. Это знак очищения в области груди. Корвизар, напротив, исследуя пульс своего больного, рассматривает его не как симптом недуга, который он изучает, но как знак повреждения. Пульс более не имеет значения выражения в своих качествах слабости или полноты, но клинико-анатомический опыт позволил установить таблицу двузначных соответствий между скоростью пульсации и каждым типом повреждения: пульс сильный, жесткий, возбужденный, частый — при активных аневризмах без осложнений; вялый, медленный, регулярный, легко заглушающийся — при простых пассивных аневризмах; регулярный, с различной силой наполнения, неровный — при постоянном сужении; перемежающийся, с нерегулярными интервалами — при преходящем сужении;

[1] Menuret, *Nouveau traité du pouls* (Amsterdam, 1768), p. IX–X.
[2] Bordeu, *Recherches sur le pouls* (Paris, 1771), t. I, p. 30–31.

слабый и едва ощутимый — при уплотнениях, окостенениях, ослабленности; быстрый, частый, нерегулярный, похожий на судороги — в случае разрыва одной или нескольких мышечных фасций[1]. Речь более не идет о науке, аналогичной науке о Высшем Существе и согласующейся с законами естественного развития, но о формулировке некоторого числа антропометрических восприятий.

Знак не говорит более на естественном языке болезни. Он обретает форму и значение только внутри вопросов, поставленных в медицинском исследовании. Ничто, таким образом, не мешает тому, чтобы знак был достигнут и практически сформирован в исследовании. Он есть не то, что спонтанно провозглашается болезнью, но следствие провоцированной встречи между поисковыми действиями и больным организмом. Так объясняется то, что Корвизар смог возродить без большого теоретического затруднения относительно древнее и забытое открытие Ауэнбрюггера. Это открытие базировалось на хорошо известных знаниях о патологии: уменьшение объема воздуха, содержащегося в торакальной полости при многих легочных заболеваниях. Оно проявляется также в данных простого опыта: перкуссия бочки в момент, когда звук становится глухим, указывает, на какую высоту она заполнена. Наконец, это открытие подтверждается в исследовании на трупе: «Если в каком-нибудь теле звучащая полость грудной клетки заполнена посредством инъекции жидкостью, тогда звук на стороне грудной клетки, которая будет заполнена, станет глухим на высоте, которой достигнет инъецированная жидкость»[2].

Естественно, что клиническая медицина в конце XVIII века оставляет во тьме эту технику, которая искусственно порождает знак там, где не существовало симптома, и добивается ответа, когда болезнь не говорит сама: клиника так же выжидательна в своем чтении, как и в лечении. Но начиная с момента, когда патологическая анатомия предписывает клинике вопрошать тело в его органической плотности и извлечь на поверхность то, что было дано лишь в

---

[1] Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur*, p. 397–398.

[2] Auenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaitre les maladies internes de la poitrine* (trad. Corvisart, Paris, 1808), p. 70.

глубоких слоях, идея искусственной техники, способной уловить поражение, вновь становится научно обоснованной идеей. Возвращение к Ауэнбрюггеру объясняется той же реорганизацией структур, что и возвращение к Моргани. Перкуссия не оправдывается, если болезнь образует лишь основу симптома; она становится необходимой, если болезнь есть то же самое, что и инъецированный труп или наполовину полная бочка.

Установить эти знаки, искусственные или натуральные, — это значит набросить на живое тело всю сеть пато-анатомических ориентиров: очертить и наметить будущую аутопсию. Проблема, таким образом, состоит в том, чтобы вывести на поверхность то, что располагалось в глубине; семиология не будет более *чтением*, но совокупностью техник, которые позволяют обосновать *проективную патологическую анатомию*. Взгляд клинициста обращался к последовательности и одновременности патологических событий; он должен был быть одновременно и синхроничным и диахроничным, но в любом случае он размещался во врменной зависимости, он *анализировал серию*. Тогда как клинический опыт должен был оперировать *объемами*; он имел дело со сложностью пространственных данных, которые впервые в истории медицины были трехмерными. Тогда как клинический опыт содержал в себе образование *смешанной основы видимого и читаемого*, новая семиология требует чего-то вроде *чувственной триангуляции*, в которой, вплоть до исключения медицинской техникой, должны совместиться в действии различные атласы: слух и осязание присоединяются к зрению.

На протяжении тысячелетий медики пробовали, в конце концов, мочу на вкус. Очень поздно они стали трогать, выстукивать и выслушивать. Моральные запреты, наконец отброшенные Просвещением? Малопонятно, если принять это объяснение, как Корвизар во время Империи вновь внедрил перкуссию и как Лаеннек во время Реставрации в первый раз прислонил ухо к груди женщины. Моральная преграда, порожденная эпистемологической необходимостью, ощущалась лишь однажды; научная настоятельность делала очевидным запрет как таковой: знание придумывает секрет. Уже Циммерман предполагал, что для того, чтобы узнать силу циркуляции, «врачи должны распола-

гать свободой совершать их наблюдения, держа с этой целью руку непосредственно на сердце», но констатировал, что «наши деликатные нравы мешают нам это делать, особенно с женщинами»[1]. Дважды в 1811 году критикуя эту «ложную скромность» и эту «чрезмерную сдержанность», он не то чтобы полагал подобную практику позволительной без всяких ограничений, но считал, что это «исследование, которое осуществляется обязательно под рубашкой, может иметь место при соблюдении всей возможной благопристойности»[2]. Моральный экран, необходимость в котором была понятна, превращается в технического посредника. *Libido sciendi,* весьма усиленное запретом, который его порождает и открывает, обращает его, делая более настоятельным. Оно придает ему социальное и научное обоснование, вписывает его в необходимость, чтобы лучше притвориться, что его удаляют из-за этики, и выстроить на нем пересекающую и поддерживающую его структуру. Это уже не стыдливость, мешающая контакту, но грязь и нищета; уже не невинность, но телесное несовершенство. Немедленно аускультация становится «неудобной как для врача, так и для больного; единственно брезгливость сделает ее почти неприменимой в больницах; она едва ли может быть предложена большей части женщин, а у некоторых объем молочных желез представляет физическое препятствие для того, кто попытается ее применить». Стетоскоп умеряет запрет, трансформированный в брезгливость и физическое затруднение: «Я консультировал в 1816 году юную особу, демонстрировавшую симптомы болезни сердца, и у которой использование руки и перкуссия давали мало результатов по причине дородности. Возраст и пол больной запрещали мне использовать обследование, о котором я только что говорил (прикладывание уха к перикардиальной области), и я вспомнил хорошо известный акустический феномен: если приложить ухо к удаленной части бруска, очень отчетливо слышен даже булавочный укол, наносимый с другого конца»[3]. Стетоскоп — застывшая дистанция — передает глубокие и невидимые явления вдоль полутактильной, полуслуховой оси. Инструментальное опосредствование

[1] Zimmermann, *Traité de l'experience médicale,* II, p. 8.
[2] F.-J. Double, *Séméiologie générale.*
[3] R. Laënnec, *Traité de l'auscultation médiate,* t. I, p. 7–8.

внешней поверхности тела делает возможным отступление, отмеренное моральной дистанцией; запрещение физического контакта позволяет зафиксировать виртуальный образ того, что происходит глубоко под видимой поверхностью. Удаленность целомудрия есть проекционный экран для скрытого. То, что *нельзя* видеть, демонстрируется на расстоянии от того, что не *должно* видеть.

Вооруженный таким образом взгляд покрывает больше, чем то, что называется единственным словом «взгляд». Он стягивает в единую структуру различные сенсорные области. Троица зрение–осязание–слух определяет перцептивную конфигурацию, где непостижимая болезнь обкладывается метками, вымеряется в глубину, извлекается на поверхность и виртуально проецируется на органы, извлеченные из трупа. «Взгляд» становится сложной организацией, имеющей целью пространственное распределение невидимого. Каждый орган чувств получает частичную инструментальную функцию. И зрение не очевидно обладает самой важной. Внешний облик, что еще другое может его покрывать, нежели «ткань кожи и начала мембран»? Осязание позволяет определять внутренние опухоли, твердые массы, набухание яичника, расслабление сердца; что касается уха, оно замечает «треск костных фрагментов, шум аневризмы, более или менее ясные звуки легкого или брюшной полости, когда их перкутируют»[1]. Медицинский взгляд отныне одарен полисенсорной структурой. Взгляд, который осязает, слышит и, в довершение, но не по сути или необходимости, видит.

Один раз — еще не обычай. Я процитирую историка медицины: «Как только с помощью уха или пальца стало возможным установить у живого существа то, что обнаруживает только вскрытие трупа, описание болезни и, следовательно, терапия вступают на совершенно новый путь»[2].

Нельзя дать ускользнуть сути. Слуховое и тактильное измерения не ясно и просто присоединяются к области зрения. Сенсорная триангуляция обязательна для клинико-анатомического восприятия, пребывающего под доминирующим знаком видимого. Во-первых, потому что полисен-

[1] A.-F. Chomel, *Eléments de pathologie générale* (Paris, 1817), p. 30–31.

[2] Ch. Daremberg, *Histoire des sciences médicales* (Paris, 1870), II, p. 1066.

сорное восприятие есть не что иное как способ предвосхитить над этим триумфом взгляда то, что будет обнаружено на аутопсии, ухо и рука — не что иное, как предварительные замещающие органы в ожидании того, что смерть обратит истине ясное присутствие видимого; речь идет об ориентировке в *жизни*, то есть во *тьме*, чтобы обозначить то, что станет вещами в ясном свете смерти. Поражения, открытые с помощью анатомии, в первую очередь касались «формы, величины, положения и направления» органов или их тканей[1]: то есть пространственных данных, принадлежавших природному праву взгляда. Когда Лаеннек говорит о нарушениях структуры, речь никогда не идет о том, что находится по ту сторону видимого, ни о том, что было бы чувствительно к легкому прикосновению, но о нарушении связи, накоплении жидкости, ненормальном росте или воспалении, сигнализируемом отеком тканей или их покраснением[2]. В любом случае, абсолютная граница, предел перцептивного исследования всегда очерчивается с помощью ясного плана, по крайней мере — виртуальной видимости. «Они скорее заботятся об образе,— говорит Биша, имея в виду анатомов, — чем о вещах, которые они изучают»[3]. Когда Корвизар слышит, что сердце работает плохо, а Лаеннек — резкий, дребезжащий звук, то это — гипертрофия, выпот, который они видят взглядом, который тайно преследует их слух и по ту сторону от него оживляет его.

Так медицинский взгляд, начиная с открытия патологической анатомии, обнаруживает себя удвоенным: существует локальный и ограниченный взгляд, взгляд, пограничный касанию и слуху, покрывающий лишь одну из сенсорных областей и затрагивающий только видимые поверхности. Но существует абсолютный взгляд, абсолютно интегрирующий взгляд, который господствует и образует весь перцептивный опыт. Это он структурирует в высшем единстве то, что исходит от более низкого уровня зрения, слуха, осязания. Когда врач со всеми его открытыми органами

---

[1] X. Bichat, Essai sur Desault, in *Œuvres chirurgicales de Desault* (1798), I, p. 10, 11.

[2] Laënnec, *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. II, article «Anatomie pathologique», p. 52.

[3] X. Bichat, Essai sur Desault, in *Œuvres chirurgicales de Desault* (1798), I, p. 11.

чувств наблюдает, другой взгляд устремлен на фундаментальную видимость вещей и через прозрачные величины жизни, с которыми отдельные органы чувств принуждены хитрить, адресуется без уловок и околичностей к ясной основательности смерти.

Перцептивная и одновременно эпистемологическая структура, руководящая клинической анатомией и всей производной от нее медициной, — это *невидимое видимое*. Истина, которая по праву природы создается для глаза, от него скрыта, но вскоре тайным образом обнаруживается тем, что пытается от него ускользнуть. Знание *проявляет* себя, точно следуя игре *внешних оболочек*. Скрытый элемент принимает форму и ритм скрытого содержания, что придает элементу свойство, столь же ему присущее, как *вуали — прозрачность*[1]. Цель анатомов — «достичь того, чтобы непрозрачные оболочки, покрывающие наши члены, мешали нашим глазам открыть всю совокупность и связи не более, чем прозрачная вуаль»[2]. Отдельные органы чувств, проникая через эти оболочки, пытаются их обойти или приподнять; их живое любопытство изобретает тысячу способов вплоть до беззастенчивого использования (свидетель чему стетоскоп) целомудрия. Но абсолютный взгляд знания уже захватил и включил в свою геометрию линий, поверхностей и объемов сухие и жесткие звуки, хрипы, сердцебиение, жесткую и мягкую кожу, кризы, — господство видимого и тем более повелительного, что оно связано в нем с властью смерти. То, что прячет и закрывает, образуя темный занавес над истиной, — это, парадоксальным образом, сама жизнь. Смерть же, напротив, открывает для дневного света черный ящик тела: неясная жизнь, ясная смерть, самые старые воображаемые ценности западного мира перекрещиваются здесь в странной бессмысленности, являющейся самим смыслом патологической анатомии, если согласиться трактовать ее как факт цивилизации (а почему бы и нет?) того же порядка, что и трансформация

[1] Эта структура не датируется, ее следует отнести к началу XIX века; в самом общем виде она определяет формы знания и европейский эротизм начиная с середины XVIII века и продолжается вплоть до конца XIX века. Мы попытаемся исследовать ее позднее.

[2] X. Bichat, Essai sur Desault, in *Œuvres chirurgicales de Desault* (1798), I, p. 11.

культуры кремации в культуру погребения. Медицина XIX века неотступно сопровождалась этим абсолютным оком, которое превращало жизнь в труп и обнаруживало в трупе хрупкую поврежденную прожилку жизни.

Когда-то врачи общались со смертью посредством великого мифа бессмертия или, по крайней мере, мало-помалу отдаляющейся границы существования[1]. Сейчас эти люди, заботящиеся о жизни других людей, общаются с их смертью под подробными и точными формами взгляда.

Эта проекция болезни на план абсолютной видимости придает, однако, медицинскому взгляду непрозрачную глубину, по ту сторону от которой он не может быть продолжен. То, что соответствует масштабу взгляда, оказывается вне области возможного знания. Отсюда отказ от некоторого числа медицинских техник, которые уже использовались врачами в течение предшествующих лет. Биша отвергает даже использование микроскопа: «Когда смотрят в окуляр, каждый видит по-своему»[2]. Единственный тип видимого, признаваемый патологической анатомией, — это то, что определяется обыденным взглядом. Законная видимость — это та, что скрывает в предварительной невидимости непрозрачную прозрачность, а не (как при микроскопическом исследовании) невидимость природы, которую преодолевает на время техника искусственно усиленного взгляда. Кажущимся нам странным, но структурно необходимым способом патологический анализ тканей обходился даже без наиболее древних инструментов оптики.

Еще более замечателен отказ от химии. Анализ в стиле Лавуазье служил эпистемологической моделью для новой анатомии[3], но он не действовал как техническое продолжение ее взгляда. В медицине XVIII века экспериментальные идеи были многочисленны. Когда желали знать, из чего состояла воспалительная лихорадка, производили анализ крови: сравнивался средний вес коагулировавшейся массы и «отделенной от нее лимфы», осуществлялась дистилляция и измерялись массы фиксированной и испаряющейся соли,

[1] См. также такой текст конца XVIII века, как Hufeland, *Macrobiotik oder der Kunst das Leben zu verlängen* (Iéna, 1796).

[2] X. Bichat, *Traité des membranes* (Paris, an. VII), p. 321.

[3] Cf. *supra*, chap. VIII.

жира и минералов, обнаруживаемые у больного и здорового субъекта[1]. В начале XIX века этот экспериментальный аппарат исчез, единственная техническая проблема, которая ставилась, — это выяснить, будут или не будут обнаружены видимые поражения при вскрытии трупа больного воспалительной лихорадкой. «Чтобы охарактеризовать патогенное расстройство, — объясняет Лаеннек, — обычно достаточно физических или ощущаемых характеристик и указания пути, которому следует его развитие и его завершение». Кто угодно может использовать некоторые «химические реактивы» при условии, что они будут очень просты и посвящены лишь тому, чтобы «подчеркнуть некоторые физические характеристики». Так, можно нагревать печень или добавлять кислоту в перерожденную ткань, о которой неизвестно: жировая она или белковая[2].

Взгляд, и только один взгляд господствует в поле возможного знания. Вмешательство техники, ставящей проблемы измерения, субстанции, состава на уровне невидимых структур, вынесено за границы. Анализ не производится в смысле бесконечного изучения в направлении самых тонких, вплоть до неорганических, конфигураций. В этом направлении он очень быстро наталкивается на абсолютный предел, предписываемый ему взглядом, и, круто развернувшись от этого предела, косвенным путем движется к дифференциации индивидуальных качеств. У линии, где видимое готово разрешиться в невидимое, у этого края своего исчезновения начинают действовать частности. Рассуждение об индивиде снова возможно или скорее необходимо, потому что это единственный способ для взгляда не принести себя в жертву, не уничтожиться в фигурах опыта там, где он был укрощен. Принцип видимости располагает для корреляции принципом дифференцированного чтения случаев.

Чтения, принцип которого очень разнится от клинического опыта в его первичной форме. Аналитический метод рассматривал «случай» в его единственной функции семантической опоры; формы сосуществования или серии, в ко-

[1] Опыты Langrich и Tabor, цитируемые Sauvages, *Nosologie méthodique*, t. II, p. 331–333.

[2] R. Laënnec, *Introduction et Chapitre I du Traité inédit d'anatomie pathologique* (Paris, 1884), p. 16–17.

торых он был заключен, позволяли уничтожать в нем то, что можно было допустить в качестве случайного или изменчивого. Его разборчивая структура проявлялась лишь в нейтрализации того, что не являлось существенным. Клиника есть наука о случаях в той мере, в какой она с самого начала приступает к стиранию индивидуальностей. В аналитическом методе индивидуальное восприятие дается в терминах пространственного членения, в котором оно образует структуру более тонкую, более дифференцированную и парадоксально более открытую случайному, будучи наиболее объясняющей. Лаеннек наблюдает женщину, демонстрирующую характерные симптомы кардиального поражения: лицо бледное и одутловатое, синюшные губы с плохо очерченным контуром, короткое, ускоренное прерывистое дыхание, приступы кашля, невозможность спать в согнутом положении. Вскрытие трупа показывает легочную чахотку с кальцинированными полостями и туберкулами —желтоватыми по центру, серыми и прозрачными по краям. Сердце было почти в нормальном состоянии (за исключением сильно увеличенного правого предсердия). Но левое легкое было спаяно с плеврой посредством соединительной ткани и обнаруживало в этой области неправильные сходящиеся стрии. Верхушка легкого имела вид широких перекрещивающихся тяжей[1]. Эта особая модальность туберкулезного поражения объясняет затрудненное дыхание, удушье, нарушение кровообращения, придающее клинической картине отчетливый кардиальный вид. Клинико-анатомический метод интегрирует в структуру болезни постоянную вероятность индивидуальной изменчивости. Эта возможность естественно существовала в предшествующей медицине, но она мыслилась лишь в абстрактной форме темперамента субъекта или средовых влияний и терапевтических вмешательств, ответственных за внешние изменения патологического типа. В анатомическом восприятии болезнь никогда не презентировалась иначе как с некоторым «сдвигом», она обладала с момента появления свободой локализации, направления, интенсивности, ускорения, обрисовывавших ее индивидуальный облик. Это не было отклонением, добавленным к патологическому от-

[1] R. Laënnec, *De l'auscultation médiate*, t. I, p. 72–76.

клонению, болезнь сама по себе — постоянное отклонение внутри своей сущностно отклоняющейся природы. Нет иной болезни, кроме индивидуальной: не потому, что индивид реагирует на свою собственную болезнь, но потому, что действие болезни по полному праву разворачивается в форме индивидуальности.

Отсюда новая гибкость, приданная медицинскому языку. Речь не идет более о переводе видимого в читаемое благодаря установлению двузначного соответствия и переводу видимого в знаковое за счет универсальности кодифицирующего языка. Речь идет, напротив, о выходе слов к чему-то утонченно качественному, всегда более конкретному, более индивидуальному, более рельефному; значению цвета, консистенции, зернистости, предпочтительности меры согласования с метафорой (величиной с..., размером как...), оценки легкости или трудности простых операций (разорвать, раздавить, надавить); значению интермодальных качеств (гладкость, маслянистость, шероховатость); эмпирическому сравнению и ссылке на обычность или на нормальность (более темный, чем в естественном состоянии, промежуточное ощущение «между ощущением мокрого пузыря, наполовину заполненного воздухом, который сжимается в пальцах, и естественной крепитацией здоровой легочной ткани»)[1]. Речь более не идет об установлении корреляции перцептивного сектора с семантическим элементом, но о полном повороте языка к той области, где воспринимаемое, в своей особенности, рискует ускользнуть от словесной формы и стать окончательно невоспринимаемым из-за невозможности быть высказанным. Так что *открыть* больше не будет — *вычитать* в беспорядочности сущностную связность, но отодвинуть чуть дальше линию языкового прибоя, заставить зайти за отмель, еще открытую ясности восприятия, но уже не являющуюся более обиходной речью; ввести язык в этот сумрак, где взгляд не располагает более словами. Тяжелая и очень тонкая работа, *заставляющая видеть*, так же как Лаеннек заставил отчетливо увидеть поверх запутанной массы затвердений первую в истории медицины циррозную печень. Необыкновенная формальная красота текста связывает в одном событии внут-

[1] R. Laënnec, *De l'auscultation médiate*, p. 249.

реннюю работу языка, преследующего восприятие всей силой своих стилистических изысков, и до сих пор не замеченное — завоевание патологической индивидуальности: «Печень сокращается до трети своего объема и оказывается, если можно так выразиться, спрятанной в области, которую занимает; ее внешняя, слегка бугристая и осушенная поверхность желтовато-серой окраски; разрезанная, она кажется составленной из множества маленьких круглых и яйцевидных зерен, величина которых варьирует от просяного зерна до конопляного. Эти зерна, легко отделяясь друг от друга, не оставляют между собой никакого промежутка, в котором можно было бы различить какие-либо остатки собственно печеночной ткани. Их рыжеватый или желто-оранжевый цвет переходит местами в зеленоватый, их ткань, довольно влажная, непрозрачная, кажется при прикосновении скорее вялой, чем мягкой, и сжатые между пальцами, они лишь слегка раздавливаются, оставляя в результате ощущение куска мягкой кожи»[1].

Образ невидимого видимого организует патоанатомическое восприятие. Но его видят, следуя обратимой структуре. Речь идет о *видимом*, которое живая индивидуальность, сплетение симптомов, органическая глубина делают на время, до высшего схватывания анатомическим взглядом, фактически невидимым. Но речь также идет о том *невидимом* индивидуальных изменений, распутывание которых казалось невозможным даже для таких клиницистов, как Кабанис[2], и которые острый, терпеливый и расчленяющий взгляд предъявляет наконец общей ясности того, что является для всех *видимым*. Язык и смерть взаимодействовали на каждом уровне этого опыта, следуя всей своей плотности, чтобы предложить наконец научному восприятию то, что для него было столь долго невидимым видимым — запретным и неизбежным секретом: знание об индивиде.

Индивид — это не инициальная и не самая острая форма, в которой презентируется жизнь. Он наконец был дан знанию лишь в конце долгого движения пространственного распределения, решающим инструментом которого было

---

[1] R. Laënnec, *De l'auscultation médiate*, p. 368.

[2] Cf. *supra*.

определенное использование языка и трудная концептуализация смерти. Бергсон обращается совершенно в другую сторону, когда ищет во времени и против пространства, в улавливании внутреннего и немого, в безумной скачке к бессмертию условия, благодаря которым можно думать о живой индивидуальности. Биша веком раньше давал более суровый урок. Старый аристотелевский закон, запрещавший научные рассуждения об индивиде, был устранен, когда смерть обрела в языке место для своей концепции: таким образом пространство открыло для взгляда дифференцированную форму индивида.

Это внедрение смерти в знание далеко распространяется в порядке исторического соответствия, конец XVIII века вновь привлекает внимание к теме, которая начиная с Возрождения оставалась во тьме. Видеть в жизни смерть, в изменчивости — неподвижность, в исходе своего века — начало обращенного времени, кишащего бесчисленными жизнями, — это игра опыта, новое появление которого через четыреста лет после фресок Campo Santo[1] удостоверяет прошедший век. Не был ли в целом Биша современником того, кто разом ввел в наиболее дискурсивный из языков эротизм и его неизбежный момент — смерть? Более чем однажды знание и эротизм объявляют в этом совпадении свое глубокое родство. Все последние годы XVIII века эта общность открывает языку смерть как цель и бесконечное возобновление. XIX век навязчиво будет говорить о смерти: дикая выхолощенная смерть у Гойи, видимая мышечная скульптурная смерть у Жерико, возбуждающая сладострастная смерть у Делакруа, ламартиновская смерть болотистых миазмов, смерть Бодлера. Познание жизни дается лишь как жестокое, сокращающееся и уже инфернальное знание, желающее лишь умертвить ее. Взгляд, который покрывает, ласкает, разделял, расчленял саму индивидуальную плоть и замечал ее жалящие секреты, этот неподвижный, внимательный и не очень радостный взгляд, который с высоты смерти уже обрек жизнь.

Но восприятие смерти в жизни не обладало той же самой функцией, что и в эпоху Возрождения. Оно несло сокращающееся означение: различия судьбы, удачи, условий

[1] Церковь в Пизе. (*Примеч. перев.*)

были стерты ее всеобъемлющим жестом, она бесповоротно обращает каждого ко всем. Танцы скелетов изображают по отношению к жизни нечто вроде уравнивающих сатурналий; смерть неизбежно уравнивает рок. Теперь она является определяющей, в противоположность сингулярности; именно в ней индивид воссоединяется, избегнув монотонной жизни и обезличивания в медленном, наполовину скрытом, но уже видимом приближении смерти, глухая обобщенная жизнь наконец достигает индивидуальности, черный контур изолирует ее и придает ей стиль ее истины. Отсюда значение Болезненного. *Макабр* содержит в себе гомогенное восприятие смерти, однажды преступившее свой порог. *Болезненное* допускает тонкое восприятие такого рода, в котором жизнь обнаруживает в смерти свой наиболее дифференцированный облик. Болезненное — это разряженная форма жизни в том смысле, что существование исчерпывается, истощается в пустоте смерти; но равно и в другом смысле, придающем ей странный объем, несводимый к соответствию и привычкам, к принятой необходимости, определяющий ее абсолютную редкость. Привилегия чахоточного: когда-то и проказу размещали среди великих коллективных наказаний человека. Человек XIX века становится легочным, обретая в этой лихорадке, торопившей вещи и искажавшей их, свой невыразимый секрет. Вот почему грудные болезни принадлежали той же самой природе, что и болезни любви: они были страстью жизни, которой смерть предоставляет свой неизменный лик.

Смерть покинула свои старые трагические пределы. Она стала лирическим ядром человека: его невидимой истиной, его видимой тайной.

ГЛАВА X

КРИЗИС ЛИХОРАДОК

Глава, где будет рассмотрен последний процесс, с помощью которого анатомо-клиническое восприятие обретает свое равновесие. Глава, которая была бы длинной, если бы события можно было передать в деталях: на протяжении около 25 лет (с 1808 года, даты, когда появляется *История хронических воспалений*, до 1832 года, когда на смену ей приходят дискуссии о холере) теория летучих лихорадок и ее критика Бруссе занимают в медицинских исследованиях значительное место. Без сомнения, более значительное, чем дозволялось бы проблеме, достаточно быстро решаемой на уровне наблюдения. Но столь много полемики и такие трудности понимания при наличии согласия о фактах, столь обильное использование посторонних для области патологии аргументов — все это свидетельствует о сущностном столкновении, крайней степени конфликта (жесточайшего и запутаннейшего) между двумя несовместимыми типами медицинского опыта.

Метод, разработанный Биша и его первыми последователями, оставлял открытыми две группы проблем.

Первые касались самого существа болезни и ее связи с патологическими феноменами. Когда констатируется серозный выпот, дегенерация печени, очаги в легком — есть ли это сам плеврит, цирроз, туберкулез, которые наблюдаются как таковые вплоть до их патологического основания? Есть ли поражение истинная и трехмерная форма болезни, сущность которой должна быть образом пространственной природы, или же ее нужно скорее расположить по ту сторону — ближайших причин, или по эту — как непосредственно первое видимое проявление остававшегося бы скрытым процесса? Ясно, но задним числом, какой ответ предписывает логика анатомо-клинического восприятия. Для тех же, кто практиковал это восприятие в истории медицины первый раз, дела обстояли не столь очевидно. М.-А. Пети, обосновавший свою концепцию кишечно-брыжеечной лихорад-

ки на патолого-анатомических наблюдениях, считает, что в кишечных расстройствах, сопровождающихся некоторыми лихорадками, называемыми адинамическими или атаксическими, нет открытия ни самой сущности болезни, ни ее непреходящей истины. Речь идет лишь о ее «местоположении», и это географическое уточнение менее важно для медицинского знания, чем «общая совокупность симптомов, которая разделяет одни симптомы от других, делая возможным опознание их истинного характера»: здесь терапия заблуждается, когда она направлена на кишечные расстройства, вместо того чтобы следовать указаниям симптоматологии, требующей тонизирующих препаратов[1]. «Местоположение» есть лишь пространственное прикрепление болезни, совсем другие болезненные проявления означают ее сущность. Последняя сохраняет важное предварительное условие, образующее связь между причинами и симптомами, вытесняя таким образом поражение в область случайного. Тканевое или анатомическое повреждение отмечает только точку столкновения с болезнью, зону, откуда она начинает свое завоевательное предприятие: «Между гепатизацией легкого и вызывающими его причинами происходит кое-что, что ускользает от нас. То же самое касается всех нарушений, которые встречаются при вскрытии тела: далекие от того, чтобы быть основной причиной всех наблюдаемых феноменов, они сами есть результат особого расстройства в интимном действии. Итак, это решающее действие ускользает от всех наших средств исследования»[2]. По мере того как патологическая анатомия лучше устанавливает местоположение, кажется, что болезнь глубже погружается в скрытость недоступных процессов.

Есть другая группа вопросов: все ли болезни имеют свой патологический коррелят? Является ли возможность определить их местоположение общим принципом патологии, или она имеет отношение лишь к весьма специфической группе болезненных феноменов? И в этом случае можно ли начать изучение болезни с классификации нозографических типов (органические — неорганические расстройства) до погружения в область патологической ана-

[1] M.-A. Petit, *Traité de la fièvre entéro-mèsentérique* (Paris, 1817), p. 523.
[2] A.-F. Cholomel, *Eléments de pathologie générale* (Paris, 1817), p. 523.

томии? Биша оставляет место для болезней без повреждений, но он трактует их лишь с помощью недомолвок: «Исключите некоторые виды лихорадок и нервных недугов — и все или почти все относится к области этой науки» (патологической анатомии)[1]. Вступив в дискуссию, Лаеннек допускает деление болезней на «два больших класса: те, что сопровождаются очевидным поражением в одном или нескольких органах, описывавшиеся на протяжении многих лет под названием органических заболеваний; и те, что не оставляют ни в каких частях тела постоянных нарушений, которым можно было бы приписать их первопричину, обычно называемые нервными»[2]. В эпоху, когда Лаеннек излагает этот текст (1812), он не принял еще окончательно ничьей стороны по поводу лихорадок, он еще близок локализационистам, с которыми вскоре разойдется. Байль в это же время различает *органическое*, не *нервное*, но *витальное* и противопоставляет органическим повреждениям, телесным порокам (например, опухолям) витальные нарушения, расстройства «витальных свойств и функций» (боль, жар, учащение пульса). Те и другие могут пересекаться, как, например, при туберкулезе[3]. Именно эту классификацию воспроизведет вскоре Крювелье в несколько более сложном виде: органические расстройства, простые и механические (переломы), нервно-органические и вторично-витальные (геморрагии), недуги, первично-витальные, дублированные органическими расстройствами, либо глубокими (хронические воспаления), либо поверхностными (острое воспаление) и, наконец, витальные болезни без всяких повреждений (неврозы и лихорадки)[4].

Напрасно было бы утверждать, что вся целиком область нозологии пребывала под контролем патологической анатомии и что витальная болезнь могла быть доказана как таковая только негативно и через неудачу в поисках нарушений. Тем не менее лишь с помощью этой уловки находилась форма классификационного анализа. Ее тип — не ее местоположение, не ее причина — определял природу болезни, и

---

[1] Bichat, *Anatomie générale*, t. I, p. XCVIII.

[2] Laënnec, статья «Anatomie pathologique» du *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. II, p. 47.

[3] Bayle, вторая статья «Anatomie pathologique» (ibid., p. 62).

[4] J. Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique* (Paris, 1816), I, p. 21–24.

сам факт обладания или не обладания локализуемым очагом был предписан предварительной формой этой детерминации. Повреждение — не есть болезнь, но лишь первое из проявлений, через которые является ее родовой характер, противопоставляющий ее недугам без субстрата. Парадоксальным образом усилие патоанатомов придало энергию классификационной идее. Именно здесь произведения Пинеля приобретают свой смысл и свой забавный авторитет. Сформировавшееся в Монпелье и в Париже в традиции Де Соважа и под более современным влиянием Куллена мышление Пинеля относится к классификационным структурам, но оно имело несчастье и в то же время шанс развиваться в эпоху, когда тема клиники, а затем клинико-анатомический метод отказали нозологии в ее реальном содержании, но не без эффекта, впрочем временного, ее реципрокного усиления. Мы видели, как идея класса коррелировала с некоторым нейтральным наблюдением симптомов[1], как клиническая расшифровка содержит в себе чтение сущности[2]. Сейчас мы увидим, как патологическая анатомия спонтанно согласуется с некоторыми формами нозографии. Итак, все творчество Пинеля обязано своей мощью каждому из этих усилений: его метод лишь вторично нуждается в клинике или анатомии повреждений. В основном речь идет об организации в соответствии с реальной, но абстрактной связью переходных структур, с помощью которых клинический взгляд или патоанатомическое восприятие искали в уже существующей нозологии их обоснования или устойчивого равновесия. Никто среди врачей старой школы не был более чувствителен или более восприимчив к новым формам медицинского опыта, чем Пинель; охотно став профессором клиники, он без излишней нерешительности начал практиковать аутопсию. Но он не замечал, что эффект повторения вносит в рождение новых структур лишь опорные линии, взятые у древних[3]. Нозология подтверждалась, а но-

---

[1] Cf. *supra,* chap. I, p. 13.

[2] Cf. *supra,* chap. VII, p. 118.

[3] П.А. Прост рассказывает, что он видел «при обучении у Корвизара и Пинеля воспаления и поражения внутренней мембраны брюшины, в которых они настолько мало сомневались, что трупы, на которых они демонстрировали эти поражения, выходили из их рук без того, чтобы они вскрывали брюшину».

вый опыт заранее осмеивался. Биша может быть единственный, кто понял несовместимость своего метода с нозографическим: «Мы раскроем, как сможем, действие природы... Не будем связаны преувеличенным значением той или иной классификации»: никогда никакая из них не даст нам «точной таблицы развития природы»[1]. Лаеннек, напротив, без проблем допускал развитие клинико-анатомического опыта в пространстве нозологического распределения: вскрывать трупы, находить повреждения — это значит освещать то, что «наиболее точно, наиболее достоверно и наименее изменяемо в локализуемых болезнях» и, таким образом, выделить «то, что должно их характеризовать или определять, что, в конце концов, служит основанием нозологии, предоставляя ей наиболее очевидные критерии»[2]. В этом духе «Общество соревнования», которое объединило молодое поколение и верно представляло новую школу, предложило на конкурсе 1809 года знаменитый вопрос: «Какие болезни должны специально рассматриваться в качестве органических?»[3]. Очевидно, то, что было вопросом, относится к понятию летучей лихорадки в ее неорганизменности, которого Пинель продолжал придерживаться, но в данном конкретном случае поставленная проблема была к тому же проблемой типов и классов. Пинель был оспорен, его медицина была до основания переосмыслена.

Этот вопрос разрешит Бруссе только в 1816 году в *Обсуждении общепринятой Доктрины*, где он излагает радикальную критику, уже сформулированную в опубликованной восемью годами раньше *Истории хронических воспалений*. Для того чтобы патологическая анатомия стала реально свободной от опеки нозографии, а проблематика болезненных сущностей перестала удваивать перцептивный анализ органических повреждений, совершенно неожиданно понадобится недвусмысленная физиологическая медицина, то есть сколь ясная, столь и свободная от симпатических отношений теория, обобщенное применение концепции раз-

[1] X. Bichat, *Anatomie descriptive*, t. I, p. 19.

[2] Laënnec, *Traité de l'auscultation*, préface, p. XX.

[3] В тексте, который был премирован, Мартен критикует слишком упрощенное применение термина «болезнь», который он желал бы сохранить для недугов, возникающих вследствие пороков питания тканей, cf. Bulletin des Sciences médicales, t. 5 (1810), p. 167–188.

дражения и благодаря этому возвращение к своеобразному патологическому монизму, близкородственному монизму Брауна. Потом будет забыто, что структура клинико-анатомического опыта могла быть уравновешена только благодаря Бруссе. В памяти останутся лишь его бешеные атаки против Пинеля, неуловимый контроль которого Лаеннек, напротив, весьма поддерживал. Будут вспоминать только невоздержанного физиолога и его поспешные обобщения. И недавно славный Мондор обнаружил за благодушием своего пера резкость юношеских оскорблений, брошенных в сторону тени Бруссе[1], неосторожно не прочтя его текстов и не поняв как следует истинного положения вещей.

А оно таково.

С конца XVIII и до начала XIX века неврозы и летучие лихорадки рассматривались, с относительно общего согласия, как болезни без органических повреждений. Болезни духа и нервов получили, фактически благодаря Пинелю, достаточно особый статус, так как на протяжении их истории, по крайней мере до открытия Байля, не прерывались дискуссии по поводу органических оснований болезни.

Лихорадки в течение более чем пятнадцати лет находились в самом центре проблемы.

Наметим сначала некоторые основные линии концепции лихорадки в XVIII веке. Вначале под этим словом подразумевалась конечная реакция организма, защищающегося против приступов или патогенной субстанции. Лихорадка, проявлявшаяся в течение болезни, двигалась в противоположном направлении и пыталась восстановить пошатнувшееся положение. Она есть не знак болезни, но знак сопротивления ей, «недуг жизни, которая пытается оттолкнуть смерть»[2]. Она обладает, таким образом и в самом прямом смысле, целительной ценностью: она показывает, что организм «morbiferam aliquam materiam sive praeuccupare sive removere intindit»[3]. Лихорадка есть развитие выделения ради очищения, и Сталь на-

---

[1] H. Mondor, Vie de Dupuytren (Paris, 1945), p. 176: «пьяный балаганный врач, суетный и неумный шарлатан... его плутни, его бесстыдство, его словесная воинственность, его напыщенные ошибки... его апломб иллюзиониста».

[2] Boerhaave, *Aphorisme*.

[3] «некую приносящую болезнь материю старается или излечить или удалить» (лат. — *Примеч. перев.*). — Stahl, cité *in* Dagoumer, *Précis historique de la fièvre* (Paris, 1831), p. 9.

поминает его этимологию: *februare*, то есть ритуально отгонять от дома тени умерших[1].

На таком конечном основании развитие лихорадки и ее механизм легко анализируются. Последовательность симптомов указывает ее различные фазы: дрожь и начальное чувство холода означает периферический спазм и разжижение крови в близких к коже капиллярах. Учащение пульса указывает, что сердце реагирует и направляет возможно больше крови к членам, жар показывает, что в результате кровь циркулирует быстрее и что все функции также ускорились; пропорционально убывает моторная сила, отсюда впечатление слабости и атонии мышц. Наконец, пот указывает на успех этой лихорадочной реакции, достигающей изгнания болезненной субстанции; но когда она достигает этого лишь на определенное время, развивается перемежающаяся лихорадка[2].

Эта простая интерпретация, с очевидностью связывая симптомы, проявляющиеся в соответствии с органическими коррелятами, имела в истории медицины тройное значение. С одной стороны, анализ лихорадки в ее общей форме точно раскрывал механизм местных воспалений. И здесь и там существуют сгущения крови, контрактура, провоцирующая более или менее продолжительный стаз, затем усилие системы для возобновления циркуляции, и в результате этого усилия — резкое движение крови. Будет видно, как «красные кровяные тельца попадают в лимфоток», что провоцирует в виде локальной формы их внедрение в соединительные ткани, а в генерализованном виде — жар и возбуждение всего организма. Если процесс ускоряется, части, более насыщенные кровью, отделяются от более тяжелых, располагающихся в капиллярах, где «лимфа превратится в нечто вроде желе». Отсюда нагноение, образующееся в дыхательной или кишечной системах в случае генерализованного воспаления, или в форме абсцесса, когда речь идет о локализованной лихорадке[3].

---

[1] Cité ibid.

[2] В нескольких сходных вариантах эта схема обнаруживается у Boerhaave (*Aphorisme*, 563, 570, 581), у Hoffman (*Foudamenta Medica*), у Stoll (*Aphorisme sur la connaissance et la curation des fièvre*), у Huxham (*Essai sur les fièvre*), у Boissier de Sauvages (*Nosologie méthodique*, t. II).

[3] Huxham, *Essai sur les fièvres* (trad. fr., 1752), p. 339.

Но если существует функциональная идентичность между воспалением и лихорадкой, то потому, что кровеносная система есть главный элемент этого процесса. Речь идет о двойном смещении нормальной функции: сначала замедлении, затем увеличении; сначала с феноменами возбуждающими, затем феноменами возбуждения. «Все эти феномены должны быть выведены из возбуждения сердца, увеличенных и стимулированных артерий, наконец, из действия какого-либо стимула и сопротивления жизни, возбужденной таким вредным стимулом»[1]. Так лихорадка, механизм которой может быть в той же мере и генерализованным и локальным, обретает в крови органическую и изолируемую почву, которая может сделать ее локальной или генерализованной либо вновь генерализованной, после того как она была локальной. Через это рассеянное раздражение в кровеносной системе лихорадка всегда может стать основным симптомом болезни, остающимся локальным в течение всего своего развития: без того, чтобы ничто не было изменено в своем образе действия, она может быть скорее летучей, чем симпатической. В данной схеме проблема существования летучих лихорадок без точно определенных поражений не могла быть поставлена: какой бы ни была ее форма, исходный момент, или поверхность проявления, лихорадка обладает всегда одним и тем же типом органического обоснования.

Наконец, феномен жара далек от установления сущности лихорадочных явлений. Он формирует лишь самую поверхностную и транзиторную форму их завершения, тогда как ток крови, заражение, которое он вызывает, заражение, которое он очищает, заторы или выпоты указывают на то, что такое лихорадка в своей глубинной природе. Гримо предостерегает против использования физических инструментов, которые «позволяют надежно информировать лишь о степени выраженности жара, а эти различия наименее важны для практики; ...врач должен особенно постараться различить в лихорадочном жаре качества, которые могут быть установлены только с помощью очень развитого чутья и которые ускользают и укрываются от

[1] Stoll, Aphorisme sur la connaissance et la curation des fièvres (*in Encyclopédie des Sciences médicales*, 7 division, t. 5, p. 347).

всех средств, которыми может снабдить физика. Такие, например, качества, как едкость и раздражающие свойства лихорадочного жара», дающие такое же ощущение, как «дым в глазах», указывают на гнилостную лихорадку[1]. Под однородным феноменом жара, лихорадки, таким образом, существуют подлинные свойства, нечто вроде субстанционального и дифференцированного основания, которое позволяет распределить ее по специфическим формам. Так, естественно и не проблематично переходят от лихорадки к *лихорадкам*. Перемещение смысла и концептуального уровня между обозначением общего симптома и определением специфических болезней, которое нам бросается в глаза[2], не может быть замечено медициной XVIII века, занятой формой анализа, с помощью которого она расшифровывала механизм лихорадки.

Таким образом, XVIII век объединит, благодаря очень однородной и связной концепции «лихорадки», значительное число «лихорадок». Столл различает двенадцать типов, к которым он прибавляет «новые и неизвестные». Они определяются то по механизму кровообращения, который их объясняет (воспалительная лихорадка, проанализированная Франком и описываемая как synoque), то по наиболее важному не лихорадочному симптому, который их сопровождает (желтушная лихорадка Сталя, Селла и Столла), то по органам, на которые переходит воспаление (брыжеечная лихорадка Багливи), то по свойствам выделений, которые она вызывает (гнилостная лихорадка Галлера, Тиссо и Столла), то, наконец, по многообразию принимаемых ею форм и развитию, которое она за собой влечет (злокачественная лихорадка и токсическая лихорадка Столла). Это, на наш взгляд, запутанное сплетение стало туманным лишь тогда, когда медицинский взгляд сменил эпистемологическое основание.

Первая встреча между анатомией и симптоматическим анализом лихорадок произошла задолго до Биша и весьма задолго до первых наблюдений Проста. Встреча негативная, так как анатомический метод упустил свои права и отказался определить локализацию некоторых лихорадоч-

[1] Grimaud, *Traité de fièvres* (Montpellier, 1791), t. I, p. 89.

[2] Bouillard ясно это анализирует в *Traité des fièvres dites essentielles* (Paris, 1826), p. 8.

ных заболеваний. В 49-м письме своего *Трактата* Моргани говорил, что не обнаружил при вскрытии больных, умерших от жестоких лихорадок, «vix quidquam... quod earum gravitati aut impetui responeret; usque adeo id saepe latet per quod faber interficiunt»[1]. Анализ лихорадок только по их симптомам и без стремления локализовать был возможен и даже необходим: чтобы придать структуру различным формам лихорадки, нужно было заместить органический объем пространством распределения, куда бы входили лишь знаки и то, что они означают.

Восстановление порядка, произведенное Пинелем, произошло не только по линии его собственного метода нозологической расшифровки, оно точно совпало с распределением, заданным этой первичной формой патологической анатомии: лихорадки без органического поражения относились к летучим; лихорадки с локальным поражением — к симпатическим. Эти идиопатические формы, характеризующиеся их внешней манифестацией, позволяли проявиться таким «общим свойствам как нарушения аппетита и пищеварения, ухудшение кровообращения, прерывание некоторых видов секреции, затруднения сна, возбуждение или снижение активности разума, нанесение ущерба некоторым функциям чувствительности или прерывание их, стеснение, каждого в своей манере, движения мышц»[2]. Но разнообразие симптомов позволяет также вычитывать различные типы: воспалительная или ангиотоническая форма, «отмеченная снаружи знаками раздражения или напряжения кровеносных сосудов» (она часто встречается в пубертате, на начальных этапах беременности, после алкогольных эксцессов); «менинго-желудочная» форма с особыми более примитивными нервными симптомами, которые кажутся «корреспондирующими с эпигастральной областью» и во всех случаях следуют за расстройствами желудка; адено-менингиальная форма, «симптомы которой указывают на раздражение мукозных мембран кишечной трубки», она встречается в особенности у субъектов лимфатического темперамента, у женщин и стариков; адинамическая фор-

[1] «чего-нибудь, что может соответствовать их тяжести; до такой степени это часто бывает скрыто, чтобы быть обнаруженным...» (лат. — *Примеч. перев.*). — Morgagni, *De sedibus et causis moborum*, Epist. 49, art. 5.

[2] Ph. Pinel, *Nosographie philosophique* (1813), I, p. 320.

ма, «проявляющаяся особенно извне знаками крайней слабости и общей атонии мышц», она, вероятно, вызывается сыростью, нечистотой, частым пребыванием в больницах, тюрьмах, операционных, от плохого питания и злоупотреблений удовольствиями Венеры; наконец, атаксическая или злокачественная лихорадка, характеризуемая «попеременным возбуждением и расслаблением с совершенно особой нервной аномалией», обнаруживает почти те же самые предшествующие события, как и адинамическая лихорадка[1]. Именно в самом принципе этой спецификации содержится парадокс. В своем общем виде лихорадка характеризуется лишь ее следствиями; в ней совершенно отсутствует органический субстрат, и Пинель не упоминает жар как существенный или главный симптом класса лихорадок, но коль речь идет о том, чтобы разделить эту сущность, функция распределения обеспечивается принципом, который подчеркивает не логическую конфигурацию типов, но органическую пространственность тела: кровеносные сосуды, желудок, слизистая кишечника, мышечная или нервная система призываются поочередно, чтобы послужить связующим звеном в бесформенном разнообразии симптомов. Если они могут организоваться настолько, чтобы сформировать классы, то это не потому, что они есть *сущностное выражение*, а потому, что они являются *локальными знаками*. Принцип сущности лихорадок располагает в качестве конкретного и специфического содержания лишь возможностью их локализации. От *Нозологии* де Соважа к *Нозографии* Пинеля конфигурация была перевернута: в первой — локальные проявления всегда несли возможную общность; во второй — общая структура покрывала необходимость локализации.

Понятно, что в этих условиях Пинель верил в возможность интеграции в своем симптоматологическом анализе лихорадок открытия Рёдерера и Ваглера: в 1783 году они показали, что слизистая лихорадка всегда сопровождается следами внутреннего и внешнего воспаления в пищеварительном канале[2]. Понятно также, что он воспринял результаты аутопсии Проста, показавшие очевидные кишечные

[1] Ph. Pinel, *Nosographie philosophique*, p. 9–10, 323–324.
[2] Roederer et Wagler, *De morbo mucoso* (Göttingen, 1783).

поражения. Но понятно и то, почему он не видел их сам[1]: патологическая локализация появляется для него хотя и сама по себе, но в качестве вторичного феномена внутри симптоматологии, где локальные знаки отсылают не к местоположению болезни, но к их сущности. Наконец понятно, почему апологеты Пинеля смогли увидеть в нем первого из локализационистов: «Он совершенно не ограничивался классификацией объектов: материализуя некоторым образом науку, до этого слишком метафизическую, он пытался локализовать, если можно так выразиться, каждую болезнь или приписать ей особое местоположение, то есть определить место ее основного существования. Эта идея очевидно демонстрируется в новых наименованиях, предложенных для лихорадок, которые он продолжал называть летучими как бы для того, чтобы выразить последнее почтение доминировавшим до этого идеям, но определяя каждой особое местоположение, требуя включать, например, желтушные и слизистые лихорадки в особое раздражение некоторых отделов кишечной трубки»[2].

На самом деле то, что Пинель локализовал, было совсем не болезнями, а знаками, и локальное значение, которое они имели, не указывало на исходную область, первичное место, в котором болезнь получает сразу и свое рождение, и форму. Оно позволяло только опознать болезнь, посылающую этот сигнал как характерный симптом своей сущности. В этих условиях установление каузальной и временной цепи шло не от патологии к болезни, но от болезни к патологии как ее следствию и, может быть, привилегированному положению. Шомель в 1820 году еще останется верным *Нозографии*, поскольку будет анализировать кишечные изъязвления, отмеченные Бруссе, «как следствие, но не причину лихорадочного недуга»: не образуются ли они относительно поздно (лишь на второй день болезни, когда метеоризм, чувствительность правой абдоминальной области и сукровичные выделения указывают на их существование)? Не появляются ли они в этой части кишечной трубки, где ткани, уже раздраженные болезнью, наиболее долго застаиваются (окончание подвздошной

[1] Cf. *supra*, p. 180, n. 3.
[2] Richebrand, *Histoire de la chirurgie* (Paris, 1820), p. 10–12.

кишки, слепая кишка, восходящий отдел прямой кишки), и в наклонных сегментах кишечника чаще, чем в вертикальных и восходящих?[1] Таким образом, болезнь гнездится в организме, закрепляя в нем локальные знаки, сама располагаясь во вторичном телесном пространстве, но ее сущностная структура остается предваряющей. Органическое пространство снабжено ссылкой на эту структуру; оно ее отмечает, но не управляет ею.

Обследование 1816 года, до самого основания принадлежащее доктрине Пинеля, с удивительной теоретической ясностью демонстрирует ее постулаты. Но начиная с *Истории воспалений* обнаруживается в форме дилеммы то, что до этого предполагалось совместимым: или лихорадка идиопатична, или она локализуема, и любая успешная локализация лишает лихорадку ее статуса летучести.

Без сомнения, эта несовместимость, логически вписанная внутрь клинико-анатомического опыта, была без излишнего шума сформулирована или, по крайней мере, заподозрена Простом, когда он демонстрировал лихорадки, отличающиеся друг от друга в соответствии с «органом, патология которого локализует их» или в соответствии с «типом повреждения» тканей[2], а также Рекамье и его учениками, случайно исследовавшими эти болезни — менингиты, отмечая, что «лихорадки этого класса очень редко бывают летучими болезнями, и они, может быть всегда, зависят от такого поражения мозга, как воспаление серозного типа»[3]. Но то, что позволило Бруссе трансформировать эти первые попытки в систематическую форму интерпретации всех лихорадок, — это, без сомнения, разнообразие и в то же самое время связность областей медицинского опыта, которые он прошел.

Получив образование непосредственно перед Революцией в традиции медицины XVIII века, знавший в качестве морского военного врача проблемы, характерные для госпитальной медицины и хирургической практики, после-

---

[1] A.-F. Chomel, *De l'existence des fièvres essentielles* (Paris, 1820), p. 10–12.

[2] Prost, *La médecine des corpséclairée par l'ouverture et l'observation* (Paris, an XII), t. I, p. XXII, XXIII.

[3] P.-A. Dan de la Vautrie, *Dissertation sur l'apoplexie considérée spécialement comme l'effet d'une phlegmasie de la substance cérébrale* (Paris, 1807).

довательно ученик Пинеля и клиницистов новой Школы здоровья, посещавший курсы Биша и клиники Корвизара, приобщившие его к патологической анатомии, он вернулся к военному ремеслу. Следуя за войсками из Утрехта в Майнц и из Богемии в Далмацию, он практиковался, как и его учитель Деженетт, в сравнительной медицинской нозографии, с большим успехом используя метод аутопсии. Все формы медицинского опыта, пересекавшиеся в конце XVIII века, были ему знакомы. Неудивительно, что он смог из их совокупности и сопоставления извлечь радикальный урок, который должен был придать каждой из них смысл и обобщить их. Бруссе был всего лишь точкой конвергенции всего этого опыта, индивидуально вылепленной формой его совокупной конфигурации. Он, впрочем, знал об этом, если говорил: «Тот врач — наблюдатель, который не пренебрежет опытом других, но захочет удостоверить его собственным... Наши медицинские школы, которые не сумели сбросить иго старых систем и предохраниться от заражения новыми, сформировали за несколько лет субъектов, способных укрепить пока еще неустойчивое искусство врачевания. Широко известные среди своих сограждан или далеко рассеянные по нашим армиям, они наблюдают, они размышляют... Однажды, без сомнения, они заставят услышать свой голос»[1]. Вернувшись в 1808 году из Далмации, Бруссе публикует свою *Историю хронических воспалений*.

Это неожиданное возвращение к доклинической идее о том, что лихорадка и воспаление восходят к одному и тому же патологическому процессу. Но в то время как в XVIII веке эта идентичность делала вторичным различение общего и локального, у Бруссе она выступает естественным следствием тканевого принципа Биша, то есть необходимости нахождения поверхности органического поражения. Каждая ткань будет иметь собственный тип нарушений: таким образом, именно с помощью анализа частных форм воспаления на уровне частей организма необходимо начинать изучение того, что называется лихорадками. В тканях, пронизанных кровеносными капиллярами (таких как мягкая мозговая оболочка или легочные доли), будет обнаружено

[1] F.-J.-V. Broussais, *Histoire des phlegmasies croniques*, t. II, p. 3–5.

воспаление, провоцирующее сильный температурный скачок, нарушение нервного функционирования, расстройство секреции и, возможно, мышечные расстройства (возбуждение, напряжение). Ткани, слабо пронизанные кровеносными капиллярами (тонкие мембраны), приводят к сходным, но более слабым расстройствам. Наконец, воспаление лимфатических сосудов вызывает нарушение питания и серозной секреции[1].

В глубине этой совершенно глобальной детализации, стиль которой очень близок Биша, мир лихорадок в крайней степени упрощается. В легких будут обнаруживаться лишь воспаления, соответствующие первому типу (катар и перипневмония), воспаления, образующие второй тип (плеврит), и, наконец, те, источником которых является воспаление лимфатических сосудов (туберкулез легких). В пищеварительной системе слизистая мембрана может быть поражена либо на уровне желудка (гастрит), либо кишечника (энтерит, перитонит). Что касается их эволюции, она направлена в одну сторону, следуя логике тканевого развития: воспаление в кровяном русле, когда оно очень сильно, всегда затрагивает лимфатические сосуды. Вот почему плевриты дыхательной системы «приводят к легочному туберкулезу»[2]. Что касается кишечных воспалений, они постоянно тяготеют к язвенному перитониту. Гомогенные по своему происхождению и конвергентные в своей терминальной форме, воспаления разворачиваются в множественные симптомы лишь в этом промежутке. Они захватывают по симпатическим путям новые ткани и области: либо это развитие по ходу основных узлов органической жизни (так, воспаление слизистой кишечника может нарушать желчную и почечную секрецию, приводить к появлению пятен на коже и налетов во рту), либо оно последовательно поражает функцию связи (головная боль, мышечная боль, головокружение, оглушенность, делирий). Таким образом, все симптоматологические варианты могут быть выведены из этого обобщения.

Здесь располагается великий концептуальный поворот, который основывался на методе Биша, но еще не был ясен:

[1] F.-J.-V. Broussais, *Histoire des phlegmasies croniques*, t. I, p. 55–56.
[2] Ibid., préface, p. XIV.

локальная болезнь, генерализуясь, порождает специфические симптомы каждого типа; но лихорадка, взятая в своей первичной географической форме, есть не что иное, как локально индивидуализированный феномен в структуре общей патологии. Иначе говоря, отдельный симптом (нервный или печеночный) не является локальным знаком; напротив, это — указание на генерализацию. Только генерализованный симптом воспаления придает ему требование точно локализованного места поражения. Биша был озабочен задачей организменно обосновать генерализованные болезни: отсюда его поиски органической универсальности. Бруссе расщепляет дуплеты: отдельный симптом — локальное поражение, общий симптом — множественное расстройство, перекрещивая их элементы и показывая множественное расстройство за отдельным симптомом и локализованное поражение за общим симптомом. Отныне органическое пространство локализации реально не зависит от пространства нозологической конфигурации: последнее скользит по первому, смещая по отношению к нему свое значение и отражаясь в нем лишь за счет обращенной проекции.

Но что такое воспаление, процесс, имеющий генерализованную структуру, но всегда локализованный в определенной точке поражения? Старый симптоматологический анализ характеризует его через отечность, покраснение, жар, боль — через то, что не соотносится с формами, принимаемыми им в тканях: воспаление мембраны не представляет собой ни боли, ни жара, ни тем более покраснения. Воспаление не является сочетанием знаков, оно есть процесс, который разворачивается внутри тканей: «Любое локальное возбуждение органического явления, достаточное, чтобы нарушить гармонию функций и дезорганизовать ткань, с которой оно связано, должно рассматриваться как воспаление»[1]. Таким образом, речь идет о феномене, включающем два различных патологических пласта уровня и хронологии: сначала функциональное расстройство, а затем расстройство текстуры. Воспаление есть физиологическая реальность, опережающая анатомическую дезорганизацию, делающую его воспринимаемым для глаза. Отсю-

[1] F.-J.-V. Broussais, *Histoire des phlegmasies croniques*, t. I, p. 6.

да необходимость физиологической медицины, «наблюдающей жизнь, но жизнь не абстрактную, а жизнь органов и жизнь в органах в связи с любыми агентами, которые могут как-либо на них повлиять»[1]; патологическая анатомия, задуманная как простое обследование безжизненных тел, есть сама по себе собственный предел, покуда «роль и симпатическое влияние всех органов далеки от того, чтобы быть известными»[2].

Чтобы определить первичное и основное функциональное расстройство, взгляд должен уметь выделять область поражения, ибо она не введена в действие, хотя болезнь в своем исходном укоренении всегда локализуема, и благодаря функциональным расстройствам и их симптомам эти органические корни должны быть точно определены до самого поражения. Именно здесь симптоматология приобретает свою роль, но роль, целиком основанную на локальном характере патологического поражения: восходя по пути симпатических связей и органических влияний, она должна за бесконечно обширной сетью симптомов «свести» или «вывести» (Бруссе употребляет два слова в одном и том же смысле) исходную точку физиологических расстройств. «Изучать пораженные органы без упоминания симптомов болезни — это то же, что рассматривать желудок независимо от пищеварения»[3]. Так, вместо того чтобы восхвалять, как это обычно делается, «без меры в дежурных писаниях преимущества описи», совершенно обесценивая «индукцию под именем генетической теории, априорной системы напрасных предположений»[4], следует заставить говорить о наблюдении симптомов языком патологической анатомии.

Новая, по сравнению с Биша, организация медицинского взгляда: начиная с *Трактата о мембранах,* принцип наблюдаемости был абсолютным правилом, а локализация представляла лишь его следствие. Начиная с Бруссе, порядок изменился. Именно потому, что болезнь по своей при-

[1] Broussais, *Sur l'influence que les travaux des médecins phisiologistes ont exercée sur l'etat de la médecine* (Paris, 1832), p. 19–20.

[2] Broussais, *Examen des doctrines* (Paris, 1821), t. II, p. 647.

[3] Ibid., p. 671.

[4] Broussais, *Mémoir sur la philosophie de la médecine* (Paris, 1832), p. 14–15.

роде локальна, она, с другой стороны, и наблюдаема. Бруссе, особенно в *Истории воспалений,* допускает (и именно в этом он идет дальше Биша, для которого витальные болезни могли не оставлять следов), что любой «патологический недуг» включает особые «изменения феномена, который восстанавливает наши тела по законам неорганической материи». Как следствие — «если трупы иногда кажутся нам немыми, то это потому, что мы не умеем их спрашивать»[1]. Но эти расстройства, в особенности когда они имеют в основном физиологическую форму, могут быть едва видимыми либо к тому же, как пятна на коже при кишечной лихорадке, исчезать со смертью. В любом случае они могут быть несоразмерными по своей интенсивности и воспринимаемому значению тем нарушениям, которые они вызывают: то, что важно на самом деле, это совсем не то, что в этих расстройствах явлено *зрению,* но то, что в них определяется *местом,* где они развиваются. Разрушая нозологическую перегородку, возведенную Биша между витальным или функциональным нарушением и органическим расстройством, Бруссе, в силу очевидной структурной необходимости, поставил аксиому локализации выше принципа наблюдаемости. Болезнь принадлежит *пространству* до того, как она стала принадлежать взгляду. Исчезновение двух последних классов *a priori* нозологии открыло медицине поле полностью пространственных исследований, детерминированное от начала до конца этим локальным значением. Забавно констатировать, что это абсолютное опространствливание медицинского опыта возникает не вследствие окончательного объединения нормальной и патологической *анатомии,* но прежде всего лишь для того, чтобы определить *физиологию* болезненного феномена.

Но необходимо продвинуться еще дальше к образующим элементам новой медицины и поставить вопрос об истоках воспаления. Последнее, будучи локальным возбуждением органических событий, предполагает в тканях некоторую «способность двигаться», а в контакте с этими тканями существование агента, запускающего и усиливающего механизмы. В качестве таковой выступает раздражимость — «свойство приходить в движение при контакте с инород-

[1] Broussais, *Histoire des phlegmasies,* I, préface, p. V.

ным телом, которым обладают ткани... Галлер приписывал это свойство только мышцам, но сегодня все согласны с тем, что оно присуще всем тканям»[1]. Его не следует смешивать с чувствительностью, которая является «осознанием изменений, вызванных инородными телами, образующим лишь дополнительный и вторичный феномен по сравнению с раздражимостью: эмбрион еще, а апоплектик уже не обладают чувствительностью, но и тот и другой сохраняют раздражимость. Приращение раздражимости провоцируется «телами или объектами, живыми или безжизненными»[2], которые вступают в контакт с тканями. Это могут быть внутренние или внешние агенты, но в любом случае — инородные функционированию органов. Серозная жидкость, выделяющаяся из тканей, может стать раздражающей для другой ткани или для себя самой, если она слишком избыточна. Но в той же мере это может быть изменение климата или режима питания. Организм болен лишь в связи с вмешательством внешнего мира или расстройством его функционирования, или анатомии. «После многочисленных колебаний в своем движении медицина наконец последовала по единственной дороге, которая могла бы привести ее к истине: наблюдению связи человека с внешними изменениями и одних органов человека с другими»[3].

Этой концепцией внешнего агента и внутреннего изменения Бруссе обходит одну из тем, которая преобладала, за небольшими исключениями, в медицине после Сиденхама: невозможности определения причины болезни. Нозология от Саважа до Пинеля была, с этой точки зрения, чем-то вроде фигуры, скрытой внутри этого отречения от каузального определения: болезнь удваивалась и устанавливалась сама собой в своем сущностном подтверждении, а каузальные последовательности являлись не чем иным, как внутренними элементами этой схемы, где природа патологии служит им эффективным основанием. Начиная с Бруссе — при Биша это было еще не известно — локализация нуждается в охватывающей каузальной схеме: местоположение болезни есть не что иное, как точка прикрепления раздражающей причины, точка, детерминированная одно-

[1] Broussais, *De l'irritation et de la folie* (Paris, 1839), I, p. 3.
[2] Ibid., p. 1, n. 1.
[3] Ibid., Préface de 1'edition de 1828 (1839), t. I, p. LXV.

временно раздражимостью тканей и раздражающей силой агента. Локальное пространство болезни есть в то же самое время и непосредственно каузальное пространство.

Итак, — и в этом великое открытие 1816 года — исчезает *существо* болезни. Органическая реакция на раздражающий агент, патологический феномен более не принадлежат миру, где болезнь в своей особенной структуре существовала согласно предваряющему ее властвующему типу, в котором она сосредоточивала однажды рассеянные индивидуальные варианты и все вневидовые случайности. Они обретают в органической ткани, где структуры пространственны, каузальную детерминацию, анатомические и физиологические феномены. Болезнь теперь — лишь некоторое сложное движение тканей в реакции на раздражающую причину: именно в этом — сущность патологии, так как не существует более ни летучих болезней, ни сущностей болезней. «Все классификации, которые тяготеют к тому, чтобы заставить нас рассматривать болезни как отдельные существа, дефектны, а здравый ум, вопреки его воле, без конца возвращается к поискам страдающих органов»[1]. Так, лихорадка не может быть летучей: она «не что иное, как ускорение тока крови с увеличенным теплообразованием и нарушением основных функций. Это экономическое состояние всегда зависит от локального раздражения»[2]. Все лихорадки растворяются в длительном органическом процессе, почти полностью угаданном в тексте 1808 года[3], подтвержденном в 1816 году и по-новому схематизированном через восемь лет в *Катехизисе физиологической Медицины*. В основании всех лихорадок — одно и то же гастроинтестинальное воспаление: сначала простое покраснение, затем все более и более многочисленные пятна винного цвета в области червеобразного отростка; эти пятна всегда переходят в отечность поверхности, вызывая впоследствии изъязвления. На этой постоянной патоанатомической основе, которая определяет истоки и основную форму гастроэнтерита, процессы разделяются: когда раздражение пище-

[1] Broussais, *Examen de la doctrine* (Paris, 1816), prèface.

[2] Ibid., 1821, p. 399.

[3] В 1808 году Бруссе уже выделял злокачественные типы (атаксические лихорадки), при которых он не находил во время аутопсии висцеральных воспалений (*Examen des doctrines*, 1821, t. II, p. 666–668).

варительного канала больше распространяется вширь, чем вглубь, оно вызывает значительную желчную секрецию и боль в двигательных мышцах — это то, что Пинель называл желчной лихорадкой; у лимфатических субъектов или когда кишечник наполнен слизью гастроэнтерит принимает направление, которое заслуживает название слизистой лихорадки; то, что называли адинамической лихорадкой, есть «не что иное, как гастроэнтерит, достигший такой степени интенсивности, что силы уменьшаются, интеллектуальные способности притупляются... язык коричневеет, рот покрывается черноватым налетом»; когда раздражение захватывает по симпатическим путям мозговые оболочки — оно приобретает формы «злокачественных» лихорадок[1]. Таким либо другим разветвлением гастроэнтерит захватывает мало-помалу весь организм: «Совершенно верно, что ток крови пронизывает все ткани, но это доказывает лишь то, что эти феномены располагаются в любой точке тела»[2]. Итак, нужно лишить лихорадку ее статуса общего состояния, и к выгоде патоанатомических процессов, оформляющих ее проявление, — ее «деэссенциализировать»[3].

Эта ликвидация онтологии лихорадки, вместе с допущенными ошибками (в эпоху, когда различие между менингитом и тифом уже начало ясно отмечаться), есть наиболее известный элемент анализа. На самом деле, в общей экономике анализа она не более чем негативная копия позитивного и более тонкого элемента: идеи медицинского метода (анатомического или, в особенности, физиологического), примененного к органическому страданию. Необходимо «позаимствовать у физиологии характерные черты болезни и распутать с помощью научного анализа всегда запутанные кризы страдающих органов»[4]. Эта медицина страдающих органов содержит три момента.

1. Установить, какой орган страдает, что происходит, начиная с манифестации симптомов при условии выясне-

---

[1] Broussais, *Catéchisme de la Médecine phisiotogiste* (Paris, 1824), p. 28–30.

[2] *Examen des doctrines* (1821), t. II, p. 399.

[3] Это выражение содержится в ответе Brousais к Foderé (Histoire de quelques doctrines médicales), *Journal universel des Sciences médicales*, t. XXIV.

[4] Brousais, *Examen de la doctrine* (Paris, 1816), prèface.

ния «всех органов, всех тканей, образующих средства сообщения, с помощью которых эти органы объединены между собой, и изменений, которые модификации одного органа производят в других».

2. «Объяснить, как орган становится страдающим», начиная с внешнего агента и придерживаясь основного факта, что раздражение может вызвать гиперактивность или, напротив, функциональную астению, и что «почти всегда эти два изменения существуют одновременно в нашей экономике» (под действием холода активность любой секреции уменьшается, а легких — увеличивается).

3. «Указать, что необходимо сделать, чтобы остановить страдание»; то есть устранить причину (холод при пневмонии), но также устранить «эффекты, которые не исчезают, когда причина не перестает действовать» (гиперемия крови поддерживает раздражение в легких при пневмонии)[1].

В критике медицинской «онтологии» понятие органического страдания идет, без сомнения, куда дальше и глубже, чем понятие раздражения. Оно дополнительно содержит абстрактную концептуализацию: универсальность, которая ему позволила, все объясняя, создавать для взгляда, направленного на организм, последний экран абстракции. Понятие «страдания» органов содержит лишь идею связи органа с агентом или местом страдания, как реакции на поражение, либо как ненормального функционирования, либо как нарушающего действия пораженного элемента на другие органы. Отныне медицинский взгляд будет направлен только на пространство, заполненное формами сочетания органов. Пространство болезни, без остатка и смещения, есть то же самое, что пространство организма. Воспринимать болезнь — есть некоторый способ воспринимать тело.

Медицина болезни исчерпала свое время; начинается медицина патологических реакций, структуры опыта, которая доминировала в XIX веке, вплоть до определенного момента XX века, так как, не без некоторой методологической модификации, медицина патогенных агентов будет под нее подогнана.

---

[1] *Examen des doctrines* (1821), p. 52–55. В текст *L'influance des médecins phisiologistes* (1832) Бруссе добавляет между вторым и третьим указанием определение воздействия одного страдающего органа на другой.

Можно оставить в стороне бесконечные дискуссии, в которых приверженцы Бруссе спорили с последними сторонниками Пинеля. Патоанатомические исследования, выполненные Пети и Серром по проблеме кишечно-брыжеечной лихорадки[1], различие, установленное Каффином между температурными симптомами и мнимыми фебрильными болезнями[2], работы Лаллеманда по острому церебральному поражению[3] и, наконец, *Трактат* Буйо, посвященный «так называемым летучим лихорадкам»[4], мало-помалу вывели за границу проблемы само то, что продолжало питать полемику. Она закончилась, замолкнув. Шомель, который в 1821 году подтверждал существование генерализованных лихорадок без поражения, в 1834 году совершенно признал их органическую локализацию[5]. Андрал посвятил том своей *Медицинской клиники* в первом издании классу лихорадок, во втором — отнес их к внутренним плевритам и плевритам нервных центров[6].

Тем не менее вплоть до его последнего дня Бруссе атаковали со страстью, и после смерти его дискредитация не прекратилась. По-другому и не могло быть. Бруссе не удалось бы обойти идею летучих болезней иным образом, чем посредством экстраординарно высокой цены: ему следовало перевооружить старую, столь раскритикованную идею (из-за особенностей патологической анатомии) симпатических отношений. Он должен был вернуться к галеновской концепции раздражения; он сосредоточился на патологическом монизме, напоминавшем Брауна, и снова ввел в действие, в логике своей системы, старые практики лечения. Все эти возвращения были эпистемологически необходимы, чтобы в своей чистоте появилась медицина органов и чтобы медицинское восприятие освободилось от всех нозо-

---

[1] M.-A. Petit et Serres, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* (Paris, 1813).

[2] Caffin, *Traité analytique des fièvres essentielles* (Paris, 1811).

[3] Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale* (Paris, 1820).

[4] Bouillard, *Traité clinique et expérimental des fièvre dites essentielles* (Paris, 1826).

[5] Chomel, *Traité des fièvres et des maladies pestilentielles* (1821), *Leçons sur la fièvre typhoïde* (1834).

[6] Andral, *Clinique médicale* (Paris, 1823–1827, 4 vol.). Анекдот рассказывает, что Пинель в последнем издании *Нозологии* хотел исключить класс лихорадок, но издатель помешал ему это сделать.

логических предубеждений. Но благодаря тому же факту она рисковала затеряться разом в разнообразии феноменов и однородности процесса. Между монотонным раздражением и бесконечной яростью «кризисов страдающих органов» восприятие колеблется, прежде чем зафиксировать неизбежный порядок, где образуются все особенности: ланцет и пиявка.

Все было обоснованным в неистовых атаках, которые современники Бруссе организовывали против него. Но не все: то клинико-анатомическое восприятие, наконец обретенное в своей полноте и способное само себя контролировать, именем которого они обосновывали свои выступления против Бруссе, было обязано или по крайней мере должно было быть обязано окончательной формой равновесия его «физиологической медицине». Все у Бруссе противоречило тому, что наблюдалось в его эпоху, но он зафиксировал для своей эпохи последний элемент *способа видения*. Начиная с 1816 года глаз врача мог адресоваться организму больного. Историческое и конкретное *a priori* нового медицинского взгляда завершило свое формирование.

Расшифровка структур лишь реабилитирует. Но поскольку в наши дни еще существуют врачи и другие специалисты, надеющиеся создать историю, сочиняя биографии, распределяя в них заслуги, — вот для них текст одного врача, который не был совсем уж невежественным: «Публикация *Обзора медицинской доктрины* есть одно из этих важнейших событий, летопись которых надолго сохранит память... Медицинская революция, основания которой заложил М. Бруссе в 1816 году, является, бесспорно, самой значительной из того, что медицина испытала в новые времена»[1].

[1] Bouillaud, *Traité des fièvres dites essentielles* (Paris, 1826), p. 13.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Книга, которая только что прочитана, является, наряду с другими, эссе о методе в области столь смутной, столь мало и столь плохо структурированной, как история идей.

Ее историческое обоснование очень ограничено, поскольку в целом она трактует развитие медицинского наблюдения и его методы на протяжении едва ли полувека. Речь тем не менее идет об одном из тех периодов, которые обрисовывают неизгладимый хронологический порог: момент, когда страдание, контрприрода, смерть, короче, вся мрачная глубина болезни выходит на свет, то есть разом освещается и рассеивается как ночь в глубоком, видимом и прочном, закрытом, но доступном пространстве человеческого тела. То, что было фундаментально невидимым, необходимо предъявляет себя ясности взгляда, в своем внешнем проявлении, столь простом, столь непосредственном, что оно кажется естественным вознаграждением за лучше выполненный эксперимент. Складывается впечатление, что впервые за тысячелетия врачи, свободные, наконец, от теорий и химер, согласились приступить в чистоте непредвзятого взгляда к самому объекту их опыта. Но необходимо развернуть анализ: изменились именно формы наблюдаемого. Новый медицинский дух, который, без сомнения, абсолютно связно засвидетельствовал Биша, не был предписан порядку психологического и эпистемологического очищения. Он есть не что иное, как эпистемологическая реорганизация болезни или пределов видимого и невидимого, следующих новому плану. Пропасть под болезнью, самая бывшая ею, внезапно обнаруживается в свете языка — этот свет, без сомнения, таким же образом осветил *120 Дней, Жюльетту и Несчастья*[1].

---

[1] Романы маркиза де Сада: *«Сто двадцать дней Содома, или Школа разврата»* (*1785*); *«Новая Жюстина, или Несчастная судьба добродетели, сопровождаемая Историей Жюльетты, ее сестры, или Успехи порока»* (*1797*); *«Несчастья добродетели»* — *первая редакция Жюстины* (*1787*). (*Примеч. перев.*)

Но здесь речь идет только об области медицины и о способе, которым в течение нескольких лет структурировалось особое знание о больном индивиде. Чтобы клинический опыт стал возможным как форма познания, была необходима полная реорганизация больничной сферы, новое определение статуса больного в обществе и установление определенного отношения между содействием и опытом, между помощью и знанием. Необходимо было поместить болезнь в коллективное и однородное пространство. Необходимо было также открыть язык совершенно новой области: постоянной и объективно установленной корреляции наблюдаемого и высказываемого. Итак, было определено абсолютно новое использование научного дискурса: использование безусловной верности и покорности многоцветному содержанию опыта — говорить то, что видится; но также использование формирования и установления опыта — побуждать увидеть, говоря о том, что наблюдается. Таким образом, медицинский язык было необходимо расположить на этом внешне поверхностном, но, на самом деле, глубоко скрытом уровне, где формула описания есть в то же время разоблачающий жест. И это разоблачение включает в себя в свою очередь дискурсивное пространство трупа как область первопричины и проявлений истины: раскрытую внутренность. Формирование патологической анатомии в эпоху, когда клиницисты определяли свой метод, — не простое совпадение: равновесие опыта требовало, чтобы взгляд, устремленный на индивида, и язык описания покоились на устойчивом, видимом и разборчивом основании смерти.

Эта структура, где артикулируется пространство, язык и смерть — то, что в совокупности называется клинико-анатомическим методом, — образует историческое условие медицины, которое представляет себя и воспринимается нами как позитивное. Позитивное — приобретает здесь глубокий смысл. Болезнь отрывается от метафизики страдания, которому на протяжении веков она была родственна, и обретает в наблюдаемости смерти законченную форму, где ее содержание появляется в позитивных терминах. Болезнь, мыслимая по отношению к природе, была неоднозначным негативом, причины, формы и проявления которого объявляли себя не иначе как окольным путем и всег-

да издалека; болезнь, воспринимаемая по отношению к смерти, становится исчерпывающе разборчивой, без остатка открытой эффективному рассечению речью и взглядом. Именно тогда, когда смерть была эпистемологически интегрирована в медицинский опыт, болезнь смогла отделиться от контрприроды и *обрести плоть* в *живой плоти* индивидов.

Без сомнения, для нашей культуры решающим останется то, что первый научный дискурс, осуществленный ею по поводу индивида, должен был обратиться, благодаря этому моменту, к смерти. Именно потому, что западный человек не мог существовать в собственных глазах как объект науки, он не включался внутрь своего языка и образовывал в нем и через него дискурсивное существование лишь по отношению к своей деструкции: опыт «безумия» дал начало всем видам психологии, и даже самой возможности существования психологии; от выделения места для смерти в медицинском мышлении родилась медицина, которая представляет собой науку об индивиде.

И возможно, в целом опыт индивидуальности в современной культуре связан с опытом смерти: от вскрытых трупов Биша до фрейдовского человека упрямая связь со смертью предписывает универсуму свой особенный облик и предуготовляет речи каждого возможность быть бесконечно услышанной; индивид обязан ей смыслом, который не прекращается вместе с ним. Разделение, которое она проводит, и конечность, метку которой она предписывает, парадоксально связывают универсальность языка с хрупкой и незаменимой формой индивида. Чувственный и неисчерпаемый для описания по истечении стольких веков, он находит, наконец, в смерти закон своего дискурса. Она позволяет увидеть в пространстве, артикулированном речью, телесное изобилие и его простой порядок.

Исходя из этого, можно понять важность медицины для создания наук о человеке: важность не только методологическую, в той мере, в какой она касается человеческого существа как объекта позитивного знания.

Возможность для индивида быть одновременно и субъектом и объектом своего собственного знания содержит в себе то, что игра в конечность может быть инвертирована в знание. Для классической мысли она не имеет иного со-

держания, кроме отрицания бесконечности, тогда как мысль, формирующаяся в конце XVIII века, придает ей позитивные возможности: появившаяся антропологическая структура играет, таким образом, сразу роль оценки границ и роль созидателя первоначала. Именно этот резкий поворот послужил философской коннотацией для организации позитивной медицины; на эмпирическом уровне, напротив, она была одним из первых проясненных отношений, связывающих нового человека с исходной конечностью. Отсюда определяющее место медицины в архитектуре совокупности гуманитарных наук: более, чем другие, она близка всех их поддерживающей антропологической диспозиции. Отсюда же и ее авторитет в конкретных формах существования; здоровье замещает спасение — говорил Гардиа. Медицина предлагает новому человеку настойчивый и утешительный лик конечности; в ней смерть подтверждается, но в то же самое время предотвращается; если она без конца объявляет человеку предел, заключенный в нем самом, то она говорит и о том техническом мире, что является вооруженной, позитивной и заполненной формой его конечности. Жесты, высказывания, медицинские взгляды приобретают с этого момента философскую плотность, сравнимую с той, которой ранее обладала математическая мысль. Значение Биша, Джексона, Фрейда для европейской культуры доказывает не то, что они были в той же мере философами, как и врачами, но то, что в этой культуре медицинская мысль по полному праву заняла статус философии человека.

Этот медицинский опыт родствен также лирическому опыту, искавшему свой язык от Гёльдерлина до Рильке. Этот опыт, который открыл XVIII век и от которого мы до сих пор не ускользнули, связан с освещением форм конечности, наиболее угрожающей, но и наиболее полной из которых является смерть. Эмпедокл Гёльдерлина, достигающий на своем добровольном пути кромки Этны, — это смерть последнего посредника между смертными и Олимпом, это конец бесконечности на земле, пламя, возвращающееся к породившему его огню и оставляющее как единственный след, сохраняющий то, что по справедливости должно быть уничтожено смертью: прекрасную и закрытую форму индивида. После Эмпедокла мир будет распо-

ложен под знаком конечности в этом непримиримом промежутке, где царит Закон, суровый закон предела; индивидуальность всегда будет роковым образом обретать лик в объективности, которая проявляет и скрывает, отрицает и устанавливает: «здесь, к тому же, субъективное и объективное меняются своим обликом», причем способом, который может с первого взгляда показаться странным. Движение, которое поддерживает в XIX веке лирику, реализуется только одновременно с тем, благодаря которому человек приобретает позитивное знание о самом себе. И стоит ли удивляться, что фигуры знания и языка подчинены одному и тому же глубокому закону и что вторжение конечности бытия так же возвышает связь человека со смертью, здесь позволяя вести научное рассуждение в рациональной форме, а там — открывая источник языка, который бесконечно развивается в пустоте, оставленной отсутствием богов?

Формирование клинической медицины — лишь одно из наиболее заметных свидетельств этих изменений в фундаментальном распределении знания. Можно видеть, что они идут куда дальше, чем это может быть раскрыто при беглом позитивистском прочтении. Но когда позитивизмом осуществляется вертикальное исследование, становится очевиден одновременно скрытый им, но необходимый для его рождения весь ряд фигур, который будет впоследствии освобожден и парадоксально использован против него. В частности, то, что именно феноменология будет ему противостоять с особым упорством, было уже представлено в системе ее условий: значащие возможности наблюдаемого и его корреляции с языком в исходных формах опыта, формирование объективности, начиная со значений знака, скрытая лингвистическая структура данных, конституирующий характер телесной пространственности, значение конечности в отношении человека к истине и в обосновании этого отношения — все это уже было введено в действие при рождении позитивизма. Введено в действие, но к своей выгоде забыто. Так что современная мысль, надеявшаяся с конца XIX века избежать позитивизма, добилась лишь того, что мало-помалу вновь открыла то, что и сделало его возможным. Европейская культура в последние годы XVIII века наметила структуру, которая все еще не распутана; из нее едва начинают разматываться несколько нитей,

настолько нам еще незнакомых, что мы охотно их принимаем за удивительно новые или абсолютно архаичные, хотя на протяжении двух веков (не меньше, однако и не намного больше) они образовывали темную, но прочную основу нашего опыта.

ΑΛΠΕΡΑΤΥΡΑ

I. NOSOLOGIE

Albert (*J.-L.*), Nosologie naturelle (Paris, 1817).
Boissier de Sauvages (*Fr.*), Nosologie méthodique (trad., Lyon, 1772, 10 vol.).
Capuron (*J.*), Nova medicinae elementa (Paris, 1804).
Ch... (*J.-J.*), Nosographiae compendium (Paris, 1816).
Chaussier (*Fr.*), Table générale des méthodes nosologiques (Paris, s.d.).
Cullen (*W.*), Apparatus ad nosologiam methodicam (Amsterdam, 1775). — Institutions de médecine pratique (trad., Paris, 1785).
Dupont (*J.-Ch.*), Y a-t-il de la différence dans les systèmes de classification dont on se sert avec avantage dans l'étude de l'histoire naturelle et ceux qui peuvent être profitables à la connaissance des maladies? (Bordeaux, 1803).
Duret (*F.-J.-J.*), Tableau d'une classification générale des maladies (Paris, 1813).
Fercoq (*G.-A.*), Synonymie ou concordance de la nomenclature de la Nosographie philosophique du P. Pinel avec les anciennes nosologies (Paris, 1812).
Frank (*J.P.*), Synopsis nosologiae methodicae (Ticini, 1790).
Latour (*F.-D.*), Nosographie synoptique (Paris, 1810, 1 vol. seul paru).
Linné (*C.*), Généra morborum (trad. apud Sauvages, cf. supra).
Pinel (*Ph.*), Nosographie philosophique (Paris, an VI).
Sacar (*J.B.M.*), Systema morborum systematicum (Vienne, 1771).
Sydbnham (*Th.*), Médecine pratique (trad., Paris, 1784).
Voulonne, Déterminer les maladies dans lesquelles la médecine agissante est préférable à l'expectante (Avignon, 1776).

II. POLICE ET GÉOGRAPHIE MÉDICALES

Audin-Rouvière (*J.-M.*), Essai sur la topographie physique et médicale de Paris (Paris, an II).

Bacher (*A.*), De la médecine considérée politiquement (Paris, an IX).
Banau et Turben, Mémoires sur les épidémies du Languedoc (Paris, 1766).
Barbert (*D.*), Mémoire sur les maladies épidémiques des bestiaux (Paris, 1766).
Bienville (*J.-D.-T.*), Traité des erreurs populaires sur la médecine (La Haye, 1775).
Cattet (*J.-J.*) *et Gardet* (*J.-B.*), Essai sur la contagion (Paris, an II).
Cerveau (*M.*), Dissertation sur la médecine des casernes (Paris, 1803).
Clerc, De la contagion (Saint-Pétersbourg, 1771).
Colombier (*J.*), Préceptes sur la santé des gens de guerre (Paris, 1775). — Code de médecine militaire (5 vol., Paris, 1772).
Daignan (*G.*), Ordre du service des hôpitaux militaires (Paris, 1785). — Tableau des variétés de la vie humaine (2 vol., Paris, 1786). — Centuries médicales du XIXe siècle (Paris, 1807–1808). — Conservatoire de Santé (Paris, 1802).
Desgen.ttes (*R.-N.*), Histoire médicale de l'armée d'Orient (Paris, 1802). — Opuscules (Le Caire, s.d.).
Fouquet (*H.*), Observations sur la constitution des six premiers mois de l'an V à Montpellier (Montpellier, an VI).
Frank (*J.-P.*), System einer vollständigen medizinischen Polizei (4 vol., Mannheim, 1779–1790).
Frier (*F.*), Guide pour la conservation de l'homme (Grenoble, 1789).
Gachet (*L.-E.*), Problème médico-politique pour ou contre les arcanes (Paris, 1791).
Gachet (*M.*), Tableau historique des événements présents relatif à leur influence sur la santé (Paris, 1790).
Ganne (*A.*), L'homme physique et moral (Strasbourg, 1791).
Guindant (*T.*), La nature opprimée par la médecine moderne (Paris, 1768).
Guyton-Morveau (*L.-B.*), Traité des moyens de désinfecter l'air (Paris, 1801).
Hautesierck (*F.-M.*), Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires (2 vol., Paris, 1766–1772).
Hildenbrand (*J.-V.*), Du typhus contagieux (trad., Paris, 1811).
De Horne (*D.-R.*), Mémoire sur quelques objets qui intéressent plus particulièrement la salubrité de la ville de Paris (Paris, 1788).
Instruction sur les moyens d'entretenir la salubrité et de purifier l'air des salles dans les hôpitaux militaires (Paris, an II).
Jacquin (*A.-P.*), De la Santé (Paris, 1762).
Lafon (*J.-B.*), Philosophie médicale (Paris, 1796).

Lanthenas (*F.*), De l'influence de la liberté sur la santé, la morale et le bonheur (Paris, 1798).
Laugier (*E.-M.*), L'art de faire cesser la peste (Paris, 1784).
Lebégue de Preste, Le conservateur de Santé (Paris, 1772).
Lebrun, Traité théorique sur les maladies épidémiques (Paris, 1776).
Lepecq de la Cloture (*L.*), Collection d'observations sur les maladies et constitutions épidémiques (2 vol., Rouen, 1778).
Lioult (*P.-J.*), Les charlatans dévoilés (Paris, an VIII).
Mackenzie (*J.*), Histoire de la santé et de l'art de la conserver (La Haye, 1759).
Maret (*M.*), Quelle influence les mœurs des Français ont sur leur santé (Amiens, 1772).
Médecine militaire ou Traité des maladies tant internes qu'externes auxquelles les militaires sont exposés pendant la paix ou la guerre (6 vol., Paris, 1778).
Menuret (*J.-J.*), Essai sur l'action de l'air dans les maladies contagieuses (Paris, 1781). — Essai sur l'histoire médico-topographique de Paris (Paris, 1786).
Murät (*J.-A.*), Topographie médicale de la ville de Montpellier (Montpellier, 1810).
Nicolas (*P.-F.*), Mémoires sur les maladies épidémiques qui ont régné dans la province de Dauphiné (Grenoble, 1786).
Petit (*M.-A.*), Sur l'influence de la Révolution sur la santé publique (1796). — in Essai sur la médecine du coeur (Lyon, 1806).
Pichier (*J.-F.-C.*), Mémoire sur les maladies contagieuses (Strasbourg, 1786).
Préceptes de santé ou Introduction au Dictionnaire de Santé (Paris, 1772).
Quatroux (*Fr.*), Traité de la peste (Paris, 1771).
Razoux (*J.*), Tables nosologiques et météorologiques dressées à l'Hôtel-Dieu de Nîmes (Baie, 1767).
Réflexions sur le traitement et la nature des épidémies lues a la Société royale de Médecine le 27 mai 1785 (Paris, 1785).
Roy-Desjoncades (*A.*), Les tois de la nature applicables aux lois physiques de la médecine (2 vol., Paris, 1788).
Rochard (*C.-C.-T.*), Programme de cours sur les maladies épidémiques (Strasbourg, an XIII).
Ruette (*F.*), Observations cliniques sur une maladie épidémique (Paris, s.d.).
Salverte (*B.*), Des rapports de la médecine avec la politique (Paris, 1806).

Souquet, Essai sur l'histoire topographique médico-physique du district de Boulogne (Boulogne, an II).

Tallavignes (*J.-A.*), Dissertation sur la médecine où l'on prouve que l'homme civilisé est plus sujet aux maladies graves (Carcassonne, 1821).

Thiery, Vœux d'un patriote sur la médecine en France (Paris, 1789).

III. RÉFORME DE LA PRATIQUE ET DE L'ENSEIGNEMENT

Appel à la raison ou vœu de l'humanité.

Baraillon (*J.-F.*), Rapport sur la partie de police qui tient à la médecine, 8 germ. an VI (Paris, an VI). — Opinion sur le projet de la commission d'Instruction publique relatif aux Ecoles de Médecine, 7 germ. an VI (Paris, an VI).

Baumes (*J.-B.-J.*), Discours sur la nécessité des sciences dans une nation libre (Montpellier, an III).

Cabanis (*P.-J.-G.*), Œuvres (2 vol., Paris, 1956).

Calés (*J.-M.*), Projet sur les Ecoles de santé, 12 prairial an V (Paris, an V). — Opinion sur les Ecoles de Médecine, 17 germinal an VI (Paris, an VI).

Cantic (*D.-M.-J.*), Projet de réforme adressé à l'Assemblée Nationale (Paris, 1790).

Caron (*J.-F.-C.*), Réflexions sur l'exercice de la médecine (Paris, 1804). — Projet de règlement sur l'art de guérir (Paris, 1801).

Chambeau de Montaux, Moyens de rendre les hôpitaux utiles et de perfectionner la médecine (Paris, 1787).

Colon de Divol, Réclamations des malades de Bicêtre (Paris, 1790).

Coqueau (*G.-P.*), Essai sur l'établissement des hôpitaux dans les grandes villes (Paris, 1787).

Daunou (*P.-G.*), Rapports sur les Ecoles spéciales (Paris, an V).

Demangeon (*J.-B.*), Tableau d'un triple établissement réuni en un seul hospice à Copenhague (Paris, an VII). — Des moyens de perfectionner la médecine (Paris, 1804).

Desmonceaux (*A.*), De la bienfaisance nationale (Paris, 1787).

Duchanov, Projet d'organisation médicale (s.l.n.d.).

Du Laurens (*J.*), Moyens de rendre les hôpitaux utiles et de perfectionner les médecins (Paris, 1787).

Dupont de Nemours (*P.*), Idées sur les secours à donner aux pauvres malades dans une grande ville (Paris, 1786).

Ehrmann (*J.-F.*), Opinion sur le projet de Vitet, 14 germinal an VI (Paris, an VI).

Essai sur la réformation de la société dite de médecine (Paris, an VI).
Etat actuel de l'Ecole de Santé (Paris, an VI).
Fourcroy (*A.-F.*), Rapport sur l'enseignement libre des sciences et des arts (Paris, an II). — Exposé des motifs du projet de loi relatif à l'exercice de la médecine (Paris, s.d.). — Rapport sur les Ecoles de Médecine, frimaire an III (Paris, an III). — Discours sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine, 19 ventôse an XI (Paris, an XI).
Fourot, Essai sur les concours en médecine (Paris, 1786).
Gallot (*J.-G.*), Vues générales sur la restauration de l'art de guérir (Paris, 1790).
Géraud (*M.*), Projet de décret sur l'organisation civile des médecins (Paris, 1791).
Guillaume (*J.*), Procès-verbaux du Comité d'Instruction publique (Paris, 1899).
Guillemardet (*F.-P.*), Opinion sur les Ecoles spéciales de Santé, 14 germinal an VI (Paris, an VI).
Imbert (*J.*), Le droit hospitalier de la Révolution et de l'Empire (Paris, 1954).
Institula facultatis medicae Vidobonensis, curante Ant. Storck (Vienne, 1775).
Jadelot (*N.*), Adresse à Nos Seigneurs de l'Assemblée Nationale sur la nécessité et les moyens de perfectionner l'enseignement de la médecine (Nancy, 1790).
Lefévre (*J.*), Opinion sur le projet de Vitet, 16 germinal an VI (Paris an VI).
Lespagnol (*N.-L.*), Projet d'établir trois médecins par district pour le soulagement des gens de la campagne (Charleville, 1790).
Marquais (*J.-Th.*), Rapport au Roi sur l'état actuel de la médecine en France (Paris, 1814).
Menuret (*J.-J.*), Essai sur les moyens de former de bons médecins (Paris, 1791).
Motif de la réclamation de la Faculté de Médecine de Paris contre l'établissement de la Société royale de Médecine (s.l.n.d.; l'auteur est Vacher de la Feutrie).
Observations sur les moyens de perfectionner l'enseignement de la médecine en France (Montpellier, an V).
Pastoret (*G.-E.*), Rapport sur un mode provisoire d'examen pour les officiers de Santé (19 thermidor an V) (Paris, an V).
Petit (*A.*), Projet de réforme sur l'exercice de la médecine en France (Paris, 1791). — Sur la meilleure manière de construire un hôpital (Paris, 1774).

Plan de travail présenté à la Société de Médecine de Paris (Paris, an V).

Plan général d'enseignement dans l'Ecole de Santé de Paris (Paris an III).

Porcher (*G.-G.*), Opinion sur la résolution du 19 fructidor an V 16 vendémiaire an VI (Paris, an VI).

Précis historique de l'établissement de la Société royale de Médecine (s.l.n.d.).

Prieur de la Gôte-d'Or (*G.-A.*), Motion relative aux Ecoles de Santé (Paris, an VI).

Programme de la Société royale de Médecine sur les cliniques (Paris, 1792).

Programme des cours d'enseignement dans l'Ecole de Santé de Montpellier (Paris, an III).

Prunelle (*Cl.-V.*), Des Ecoles de Médecine, de leurs connexions et de leur méthodologie (Paris, 1816).

Recueil de discours prononcés a la Faculté de Montpellier (Montpellier, 1820).

Régnault (*J.-B.*), Considérations sur l'état de la médecine en France depuis la Révolution jusqu'a nos jours (Paris, 1819).

Retz (*N.*), Exposé succinct à l'Assemblée Nationale sur les Facultés et Sociétés de Médecine (Paris, 1790).

Royer (*P.-F.*), Bienfaisance médicale et projet financier (Provins, an IX). — Bienfaisance médicale rurale (Troyes, 1814).

Sabarol de l'Àvernière, Vue de législation médicale adressée aux Etats généraux (s.l., 1789).

Tissot (*S.-A.-D.*), Essai sur les moyens de perfectionner les études de médecine (Lausanne, 1785).

Vicq Dazyr (*F.*), Œuvres (6 vol., Paris, 1805).

Vitet (*L.*), Rapport sur les Ecoles de Santé, 17 ventôse an VI (Paris, an VI).

Würtz. Mémoire sur l'établissement des Ecoles de Médecine pratique (Paris, 1784).

IV. LES MÉTHODES

Amard (*L.-V.-F.*), Association intellectuelle (2 vol., Paris, 1821).

Amoreux (*P.-J.*), Essai sur la médecine des Arabes (Montpellier, 1805).

Audibert-Caille (*J.-M.*), Mémoire sur l'utilité de l'analogie en médecine (Montpellier, 1814).

Auenbrugger, Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes (trad. in *Roziére de la Chassaigne*, Manuel des pulmoniques, Paris, 1763).

Beullac (*J.-R.*), Nouveau guide de l'étudiant en médecine (Paris, 1824).

Bordeu (*Th.*), Recherches sur le pouls (4 vol., Paris, 1779–1786).

Bouillaud (*J.*), Dissertation sur les généralités de la clinique (Paris, 1831).

Broussonnet (*J.-L.-V.*), Tableau élémentaire de séméiotique (Montpellier, an VI).

Brulley (*C.-A.*), Essai sur l'art de conjecturer en médecine (Paris, an X).

Brute (*S.-G.-G.*), Essai sur l'histoire et les avantages des institutions cliniques (Paris, 1803).

Chomel (*J.-B.-L*), Essai historique sur la médecine en France (Paris, 1762).

Clos de Sorèse (*J.-A.*), De l'analyse en médecine (Montpellier, an V).

Corvisart (*J.-N.*), Essai sur les maladies et lésions du cœur et des gros vaisseaux (Paris, 1806).

Dardonville (*H.*), Réflexions pratiques sur les dangers des systèmes en médecine (Paris, 1818).

Demorcy-Delettre (*J.-B.-E.*), Essai sur l'analyse appliquée au perfectionnement de la médecine (Paris, 1818).

Double (*F.-J.*), Séméiologie générale ou Traité des signes et de leur valeur dans les maladies (3 vol., Paris, 1811–1822).

Duvivier (*P.-H.*), De la médecine considérée comme science et comme art (Paris, 1826).

Essyg, Traité du diagnostic médical (trad., Paris, an XII).

Fabre, Recherche des vrais principes de l'art de guérir (Paris, 1790).

Fordyce (*G.*), Essai d'un nouveau plan d'observations médicales (trad., Paris, 1811).

Fouquel (*H.*), Discours sur la clinique (Montpellier, an XI).

Frank (*J.-P.*), Ratio instituti clinici Vicinensis (Vienne, 1797).

Gilbert (*N.-P.*), Les théories médicales modernes comparées entre elles (Paris, an VII).

Girbal (*A.*), Essai sur l'esprit de la clinique médicale de Montpellier (Montpellier, 1857).

Goulin (*J.*), Mémoires sur l'histoire de la médecine (Paris, 1779).

Hélian (*M.*), Dictionnaire de diagnostic ou l'art de connaître les maladies (Paris, 1771).

Hildenbrand (*J.*), Médecine pratique (trad., Paris, 1824, 2 vol.).

Landré-Beauvais (*A.-J.*), Séméiotique ou traité des signes des maladies (Paris, 1810).

Leroux (*J.-J.*), Cours sur les généralités de la médecine (Paris, 1818). — Ecole de Médecine. Clinique interne (Paris, 1809).
Lordat (*J.*), Conseils sur la manière d'étudier la physiologie de l'homme (Montpellier, 1813). — Perpétuité de la médecine (Montpellier, 1837).
Mahon (*P.-A.-O.*), Histoire de la médecine clinique (Paris, an XII).
Martinet (*L.*), Manuel de clinique (Paris, 1825).
Maygrier (*J.-P.*), Guide de l'étudiant en médecine (Paris, 1807).
Menuret (*J.-J.*), Traité du pouls (Paris, 1798).
Moscati (*P.*), De l'emploi des systèmes dans la médecine pratique (Strasbourg, an III).
Petit (*M.-A.*), Collection d'observations cliniques (Lyon, 1815).
Pinel (*Ph.*), Médecine clinique (Paris, 1802).
Piorry (*P.A.*), Tableau indiquant la manière d'examiner et d'interroger le malade (Paris, 1832).
Rostan (*L.*), Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques (6 vol., Paris, 1826).
Roucher-Deratte (*Cl.*). Leçons sur l'art d'observer (Paris, 1807).
Selle (*Ch.-G.*), Médecine clinique (Montpellier, 1787, trad.). — Introduction à l'étude de la nature et de la médecine (trad., Montpellier, an III).
Sénebier (*J.*), Essai sur l'art d'observer et de faire des expériences (3 vol., 1802).
Thiery (*F.*), La médecine expérimentale (Paris, 1755).
Vaidy (*J.-V.-F.*), Plan d'études médicales à l'usage des aspirants (Paris, 1816).
Zimmermanu (*G.*), Traité de l'expérience en médecine (trad., Paris, 1774, 3 vol.).

V. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Baillie (*M.*), Anatomie pathologique des organes les plus importants du corps humain (trad., Paris, 1815).
Bayle (*G.-L.*). Recherches sur la phtisie pulmonaire (Paris, 1810).
Bichat (*X.*), Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine (Paris, 1801, 3 vol.). — Anatomie pathologique (Paris, 1825). — Recherches physiologiques sur la vie et la mort (Paris, an VIII). — Traité des membranes (Paris, 1807).
Bonet (*Th.*), Sepulchretum (3 vol., Lyon, 1700).
Breschet (*G.*), Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologiques (6 vol., Paris, 1826–1828).

Cailliot (*L.*), Eléments de pathologie et de physiologie pathologique (2 vol., Paris, 1819).
Chomel (*A.-F.*), Eléments de pathologie générale (Paris, 1817).
Cruveilhier (*J.*), Essai sur l'anatomie pathologique en général (2 vol., Paris, 1816).
Dezeimeris (*J.-B.*), Aperçu rapide des découvertes en anatomie pathologique (Paris, 1830).
Guillaume (*A.*), De l'influence de l'anatomie pathologique sur les progrès de la médecine (Dôle, 1834).
Laënnec (R.), Traité de l'auscultation médiate (2 vol., Paris, 1819). — Traité inédit de l'anatomie pathologique (Paris, 1884).
Lallemand (*F.*), Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances (2 vol., Paris, 1820).
Morgagni (*J.-B.*), De sedibus et causis morborum (Venise, 1761).
Portal (*A.*), Cours d'anatomie médicale (5 vol., Paris, an XII).
Prost (*P.-A.*), La médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps (2 vol., Paris, an XII).
Rayer (*P.*), Sommaire d'une histoire abrégée de l'anatomie pathologique (Paris, 1818).
Ribes (*Fr.*), De l'anatomie pathologique considérée dans ses vrais rapports avec la science des maladies (2 vol., Paris, 1828–1834).
Richerano (*B.-A.*), Histoire des progrès récents de la chirurgie (Paris, 1825).
Saucerotte (*C.*), De l'influence de l'anatomie pathologique sur les progrès de la médecine (Paris, 1834).
Tacheron (*C.-F.*), Recherches anatomo-pathologiques sur la médecine pratique (3 vol., Paris, 1823).

VI. LES FIÈVRES

Barbier (*J.-B.-C.*). Réflexions sur les fièvres (Paris, 1822).
Boisseau (*F.-O.*), Pyrétologie physiologique (Paris, 1823).
Bompart (*A.*), Description de la fièvre adynamique (Paris, 1815).
Bouillaud (*J.*), Traité clinique ou expérimental des fièvres dites essentielles (Paris, 1830).
Broussais (*F.-J.-V.*), Catéchisme de médecine physiologique (Paris, 1824). — Examen des doctrines médicales (Paris, 1821). — Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques (Paris, 1808, 2 vol.). — Leçons sur la phlegmasie gastrique (Paris, 1819). — Mémoire sur l'influence que les travaux des médecins physiologistes

ont exercée sur l'état de la médecine (Paris, 1832). — Traité de physiologie appliquée à la pathologie (2 vol., 1822–1823).

Caffin (*J.-F.*), Quelques mots de réponse à un ouvrage de M. Broussais (Paris, 1818).

Castel (*L.*), Réfutation de la nouvelle doctrine médicale de M.le Dr Broussais (Paris, 1824).

Chambou de Montaux, Traité de la fièvre maligne simple et des fièvres compliquées de malignité (4 vol., Paris, 1787).

Chauffard (*H.*), Traité sur les fièvres prétendues essentielles (Paris, 1825).

Chomel (*A. F.*), De l'existence des fièvres (Paris, 1820). —Des fièvres et des maladies pestilentielles (Paris, 1821).

Collineau (*J.-C.*), Peut-on mettre en doute l'existence des fièvres essentielles (Paris, 1823).

Dagoumer (*Th.*), Précis historique de la fièvre (Paris, 1831).

Dardonville (*H.*), Mémoire sur les fièvres (Paris, 1821).

Ducamp (*Th.*), Réflexions critiques sur les écrits de M. Chomel (Paris, 1821).

Fodéra (*M.*), Histoire de quelques doctrines médicales comparées à celles de M. Broussais (Paris, 1818).

Fourwier (*M.*), Observations sur les fièvres putrides et malignes (Dijon, 1775).

Gérard (*M.*), Peut-on mettre en doute l'existence des fièvres essentielles? (Paris, 1823).

Giannini, De la nature des fièvres (trad., Paris, 1808).

Giraudy (*Gh.*), De la fièvre (Paris, 1821).

Grimaud (*M. de*), Cours complet ou Traité des fièvres (3 vol., Montpellier, 1791).

Hernandez (*J.-F.*), Essai sur le typhus (Paris, 1816).

Hoffmann (*F.*), Traité des fièvres (trad., Paris, 1746).

Hufeland (*C.-W.*), Observations sur les fièvres nerveuses (trad., Berlin, 1807).

Huxham (*J.*), Essai sur les différentes espèces de fièvres (trad., Paris, 1746).

Larroque (*J.-B. de*), Observations cliniques opposées à l'examen de la nouvelle doctrine (Paris, 1818).

Leroux (*F.-M.*), Opposition aux erreurs de la science médicale (Paris, 1817).

Lesage (*L.-A.*), Danger et absurdité de la doctrine physiologique (Paris, 1823).

Monfalcon (*J.-B.*), Essai pour servir à l'histoire des fièvres adynamiques (Lyon, 1823).
Mongellaz (*P.-J.*), Essai sur les irritations intermittentes (2 vol., Paris, 1821).
Pascal (Ph.), Tableau synoptique du diagnostic des fièvres essentielles (Paris, 1818).
Petit (*M.-A.*), Traité de la fièvre entéro-mesentérique (Paris, 1813).
Petit-Radel (*Ph.*), Pyrétologie médicale (Paris, 1812).
Quitard-Piorry (*H.-H.*), Traité sur la non-existence des fièvres essentielles (Paris, 1830).
Roche (*L.-Ch.*), Réfutation des objections faites à la nouvelle doctrine des fièvres (Paris, 1821).
Roederer et Wagler, Tractatus de morbo mucoso (Gôttingen, 1783).
Roux (*G.*), Traité des fièvres adynamiques (Paris, 1812).
Selle (*Ch.-G.*), Eléments de pyrétologie méthodique (trad., Lyon, an IX).
Stoll (*M.*), Aphorismes sur la connaissance et la curation des fièvres (trad., Paris, an V).
Tissot (*S.-A.-D.*), Dissertation sur les fièvres bilieuses (trad., Paris, an VIII).

ОГЛАВЛЕНИЕ

3 **Власть, Болезнь, Смерть (*А.Ш. Тхостов*)**

6 **Введение**

18 **Глава I**
Пространства и классы

39 **Глава II**
Политическое сознание

57 **Глава III**
Свободная область

75 **Глава IV**
Дряхление клиники

86 **Глава V**
Урок больниц

113 **Глава VI**
Знаки и случаи

135 **Глава VII**
Видеть, знать

154 **Глава VIII**
Вскройте несколько трупов

182 **Глава IX**
Невидимое видимое

211 **Глава X**
Кризис лихорадок

235 **Заключение**

241 **Литература**

Научное издание

Фуко Мишель

РОЖДЕНИЕ КЛИНИКИ

Компьютерная верстка
К.А. Крылов

Корректор
Т.Ю. Коновалова

ООО «Академический Проект»
111399, Москва, ул. Мартеновская, 3.
Санитарно-эпидемиологическое заключение
Испытательного центра издательской продукции
Государственного учреждения НЦЗД РАМН
№ 282/106643 от 28.06.2010 г.

По вопросам приобретения книги
просим обращаться в ООО «Трикста»:
111399, Москва, ул. Мартеновская, 3.
Тел.: (495) 305 3702; 305 6092; факс: 305 6088
E-mail: info@aprogect.ru
Интернет-магазин: www.aprogect.ru

Подписано в печать 12.05.10.
Формат 84×108/32. Гарнитура Mysl. Бумага писчая.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 13,44. Тираж 2000 экз.
Заказ № 4197.

ISBN 978-5-8291-1247-9

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленных диапозитивов в ОАО «Дом печати — ВЯТКА».
610033, г. Киров, ул. Московская, 122
Факс: (8332) 53-53-80, 62-10-36
http://www.gipp.kirov.ru; e-mail: pto@gipp.kirov.ru

Издательско-книготорговая фирма
«ТРИКСТА»

предлагает купить через интернет-магазин книги следующей тематики:

- **психология**
- **философия**
- **история**
- **социология**
- **культурология**
- **учебная и справочная литература по гуманитарным дисциплинам для вузов, лицеев и колледжей**

интернет-магазин
www.aprogect.ru

Наш адрес:
111399, Москва, ул. Мартеновская, 3,
ООО «Трикста»

Заказать книги можно также по
тел.: (495) 305-37-02, факсу: 305-60-88

по электронной почте:
e-mail: info@aprogect.ru

Просим Вас быть внимательными и указывать полный почтовый адрес и телефон/факс для связи.
С каждым выполненным заказом Вы будете получать информацию о новых поступлениях книг.

ЖДЕМ ВАШИХ ЗАКАЗОВ!

Издательство
«АКАДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ»
предлагает:

Сас Т.

МИФ ДУШЕВНОЙ БОЛЕЗНИ

Пер. с англ. В. Самойлова. 2010. - 421 с.

В самой известной работе американского психиатра, последовательного критика моральных и научных основ психиатрии обсуждается проблема границ нормы и патологии в психологии, природа понятий «заболевание» и «больной» и возможные последствия некорректного толкования этих терминов.

Издательство
«АКАДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ»
предлагает:

Жане П.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭВОЛЮЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Пер. с фр. Н.Ю. Федуниной. 2010. – 399 с.

Одна из основных книг французского психолога и психотерапевта сочетает философские размышления, общепсихологические построения и подробные описания клинических случаев.

Предпринимаемое здесь исследование содержит смелый замысел – быть одновременно и историческим и критическим в той мере, в которой идет речь об установлении условий возможности медицинского опыта в том виде, в котором его знает современная эпоха.

Эта книга написана не в пользу одной медицины против другой, тем более не против медицины и за отказ от нее. Речь идет об исследовании, пытающемся вычленить из дискурса исторические условия.

В том, что говорится людьми, учитывается не только то, что они могли бы думать о вещах, но и то, что с самого начала приводит их в систему, делая в последующем бесконечно открытыми новым дискурсам и задачам их трансформации...

Programme

Мишель Фуко

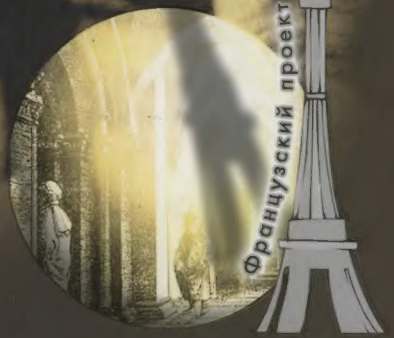
РОЖДЕНИЕ КЛИНИКИ

ГОДANNÉE FRANCEФРАНЦИЯ РОССИЯRUSSIE 2010

Мишель Фуко

РОЖДЕНИЕ КЛИНИКИ

Мишель Фуко

РОЖДЕНИЕ КЛИНИКИ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ